



**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 2019 217
608 2019 218

Arrêt du 3 avril 2020

II^e Cour des assurances sociales

Composition

Président : Johannes Frölicher
Juges : Daniela Kiener, Anne-Sophie Peyraud
Greffier-rapporteur : Michel Bays

Parties

A._____, **recourant**, représenté par Me Véronique Aeby,
avocate

contre

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

Objet

Assurance-invalidité – Révision

Recours (608 2019 217) du 22 août 2019 contre la décision du
19 juin 2019 et requête d'assistance judiciaire gratuite totale
(608 2019 218) déposée le même jour

considérant en fait

A. A._____, né en 1964, célibataire, originaire de B._____, est arrivé en Suisse en août 2011. Alors domicilié à C._____, il a déposé une demande de prestations AI auprès de l'Office de l'assurance-invalidité en septembre 2013, en invoquant souffrir d'une schizophrénie. Après avoir obtenu différents documents médicaux, l'office précité a retenu que l'assuré n'avait versé aucune cotisation en Suisse et que l'invalidité était survenue avant l'entrée dans le pays. Par décision du 25 septembre 2014, il a ainsi refusé l'octroi d'une rente, ordinaire ou extraordinaire, les conditions d'assurance n'étant pas remplies.

B. En janvier 2017, l'assuré, désormais domicilié à D._____, a déposé une nouvelle demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg (ci-après: OAI), sans mentionner l'existence de la précédente demande. Après avoir demandé des rapports aux médecins traitants, l'OAI a requis l'avis du médecin SMR, lequel a suggéré de procéder dans un premier temps à une expertise psychiatrique, tout en réservant l'éventualité d'une expertise rhumatologique. Parallèlement, il a continué à récolter des rapports médicaux, et notamment le dossier médical constitué à B._____, dont il ressort que l'assuré s'était vu reconnaître un degré d'invalidité de 65%, lui donnant droit à une allocation aux adultes handicapés (dossier AI p. 164). Le versement de ces prestations a toutefois été interrompu du fait que l'assuré avait quitté le territoire français pour venir s'installer en Suisse.

Une demande d'expertise a ainsi été déposée en juillet 2018 auprès du Dr E._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Entre-temps, de nouveaux rapports (orthopédie, ORL, pneumologie) ont encore été recueillis. L'expert-psychiatre a remis son rapport d'expertise le 3 décembre 2018, retenant un diagnostic de probable schizophrénie paranoïde bien compensée, en tous cas depuis une année, et n'emportant pas d'incapacité de travail.

Cette expertise ayant convaincu le médecin SMR, l'OAI a refusé l'octroi d'une rente, par décision du 19 juin 2019. Il a tout d'abord rappelé que l'assuré s'était vu accorder une allocation pour personne invalide à B._____, pour une atteinte psychiatrique et des acouphènes, de sorte que les conditions d'assurance en Suisse n'étaient pas remplies pour ces atteintes. L'OAI a toutefois ajouté qu'il était tenu de déterminer un degré d'invalidité, du fait que l'assuré résidait en Suisse depuis plus de 5 ans et avait éventuellement droit à des prestations complémentaires. Sous l'angle psychiatrique, il s'est référé aux conclusions du Dr E._____ et a confirmé l'exigibilité d'une activité adaptée à 100%. Concernant les atteintes somatiques, il a retenu en substance qu'elles ne justifiaient pas l'ouverture d'un droit à des prestations.

C. Contre cette décision, A._____, représenté par Me Véronique Aeby, avocate, interjette recours (608 2019 217) le 22 août 2019. Il conclut, sous suite de frais et dépens, à l'annulation de la décision querellée et au renvoi de la cause à l'autorité intimée pour instruction complémentaire. Il requiert également d'être mis au bénéfice de l'assistance judiciaire gratuite totale (608 2019 218). A l'appui de ses conclusions, il remet d'une part en question la valeur de l'expertise psychiatrique sur laquelle l'OAI s'est appuyé pour rendre sa décision, en invoquant le fait que l'expert n'a pas tenu compte de la totalité du dossier médical. Il invoque d'autre part que ses problèmes somatiques n'ont pas été instruits à satisfaction, en dépit de la recommandation du médecin SMR. Il déplore aussi le ressentiment manifesté à son égard par le gestionnaire du dossier.

Dans ses observations du 5 septembre 2019, l'OAI conclut au rejet du recours en renvoyant à la motivation de sa décision.

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

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

en droit

1.

Interjeté en temps utile et dans les formes légales par un assuré directement touché par la décision attaquée et dûment représenté, le recours est recevable.

2.

2.1 Selon la jurisprudence, les conditions d'assurance, dont font notamment partie l'exigence de la constitution d'un domicile en Suisse, la nationalité ou le nombre d'années d'assurance minimal requis et dont dépend la naissance du droit aux prestations, doivent en principe être remplies au moment de la survenance de l'invalidité (ATF 111 V 110 consid. 3d; 108 V 61 consid. 4b).

L'invalidité est réputée survenue, selon l'art. 4 al. 2 de la loi du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI; RS 831.20), dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération. Ce moment doit être déterminé objectivement, d'après l'état de santé; des facteurs externes fortuits n'ont pas d'importance. Il ne dépend en particulier ni de la date à laquelle une demande a été présentée, ni de celle à partir de laquelle une prestation a été requise, et ne coïncide pas non plus nécessairement avec le moment où l'assuré apprend, pour la première fois, que l'atteinte à la santé peut ouvrir droit à des prestations d'assurance (ATF 126 V 5; 118 V 82 consid. 3a et les références).

D'après l'art. 1a al. 1 let. a de la loi du 20 décembre 1946 sur l'assurance-vieillesse et survivants (LAVS; RS 831.10), applicable par le renvoi de l'art. 1b LAI, les personnes physiques domiciliées en Suisse sont assurées.

Selon l'art. 6 al. 2 LAI, les étrangers ont droit aux prestations de l'assurance-invalidité, sous réserve de l'art. 9 al. 3 LAI, aussi longtemps qu'ils conservent leur domicile et leur résidence habituelle (art. 13 LPGA) en Suisse, mais seulement s'ils comptent, lors de la survenance de l'invalidité, au moins une année entière de cotisations ou dix ans de résidence ininterrompue en Suisse. Selon l'art. 13 LPGA, le domicile d'une personne est déterminé selon les art. 23 à 26 du code civil.

Le recourant étant citoyen d'un Etat membre de la communauté européenne, l'accord entre la Suisse et la Communauté européenne et ses Etats membres sur la libre circulation des personnes du 21 juin 1999 (ALCP; RS 0.142.112.681), est applicable, y compris son annexe II réglant la coordination des systèmes de sécurité sociale.

En outre, l'art. 4 al. 1 let. d de la loi du 6 octobre 2006 sur les prestations complémentaires (LPC; RS 831.30) prévoit que les personnes qui ont leur domicile et leur résidence habituelle en Suisse ont droit à des prestations complémentaires dès lors qu'elles auraient droit à une rente de l'AI si elles justifiaient de la durée de cotisation minimale (3 années) requise à l'art. 36 al. 1 LAI.

L'art. 5 LPC prévoit des conditions supplémentaires pour les étrangers. Ceux-ci doivent avoir résidé en Suisse de manière ininterrompue pendant les dix années précédant immédiatement la date à laquelle ils demandent la prestation complémentaire (al. 1), délai de carence ramené à cinq ans pour les réfugiés et apatrides (al. 2). Les étrangers qui auraient droit à une rente extraordinaire de l'AVS ou de l'AI en vertu d'une convention de sécurité sociale peuvent prétendre au plus, tant qu'ils ne satisfont pas au délai de carence visé à l'al. 1, à une prestation complémentaire d'un montant équivalant au minimum de la rente ordinaire complète correspondante (al. 3).

2.2. Aux termes de l'art. 8 de la loi du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1), applicable par le renvoi de l'art. 1 al. 1 LAI, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. D'après l'art. 4 al. 1 LAI, l'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident.

D'après l'art. 28 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 (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 (al. 1). La rente est échelonnée selon le taux d'invalidité (al. 2).

2.3. 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 propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut entraîner une révision au sens de l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 134 V 131 consid. 3). En revanche, une simple appréciation différente d'un état de fait, qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé n'appelle pas à une révision (ATF 141 V 9 consid. 2.3 et les références).

Une simple réévaluation des conditions relatives à l'invalidité ne suffit certes pas pour réduire une rente par voie de révision; cette conception repose toutefois sur la condition que la première fixation de la rente est intervenue sur la base d'un dossier approfondi en ce qui concerne les faits. 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 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). En revanche, si l'administration a alloué une rente sur la base d'un dossier incomplet (par exemple en se référant à un traitement médical encore en cours), l'art. 17 LPGA n'exclut pas une instruction ultérieure plus approfondie de la situation et, sur la base des résultats de cette instruction, une nouvelle décision sur le droit actuel aux prestations (arrêt TF 9C_342/2008 du 20 novembre 2008 consid. 3.2).

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). Une communication, au sens de l'art. 74ter 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 *in* SVR 2010 IV n° 4 p. 7; 9C_910/2010 du 7 juillet 2011 consid. 3.2 *a contrario*).

2.4. 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 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; RAMA 1996 n° 256 p. 217 et les références). La durée de l'expertise n'est en soi pas un critère déterminant pour juger de la valeur probante de l'expertise (arrêt TF 9C_170/2009 du 6 mai 2009 consid. 2.2 et les références citées).

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; RCC 1988, p. 504 consid. 2). Cette réserve s'applique également aux rapports médicaux que l'intéressé sollicite de médecins non traitants spécialement mandatés pour étayer un dossier médical. Toutefois le simple fait qu'un certificat médical est établi à la demande d'une partie et est produit pendant la procédure ne justifie pas en soi des doutes quant à sa valeur probante (ATF 125 V 353 consid. 3b/dd 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).

Enfin, selon la jurisprudence 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).

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

La notion de marché du travail équilibré présuppose un équilibre entre l'offre et la demande de main d'œuvre d'une part et un marché du travail structuré (permettant d'offrir un éventail d'emplois diversifiés, tant au regard des sollicitations intellectuelles que physiques) d'autre part (cf. ATF 110 V 273 consid. 4b). Il s'ensuit que pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner la question de savoir si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de travail si les places de travail disponibles correspondaient à l'offre de main d'œuvre (arrêt TF 9C_913/2012 du 9 avril 2013 consid. 5.2).

Il découle de la notion d'invalidité que ce n'est pas l'atteinte à la santé en soi qui est assurée; ce sont bien 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). Le taux d'invalidité étant une notion juridique fondée sur des éléments d'ordre essentiellement économique, et pas une notion médicale, il ne se confond donc pas forcément avec le taux de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 122 V 418). Toutefois, pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge 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 105 V 158; 114 V 314; RCC 1982, p. 36).

3.

Est ici litigieuse la question de savoir si l'état de santé de l'assuré s'est modifié au point de justifier l'octroi d'une rente d'invalidité. Il s'agit de comparer les faits qui prévalaient au moment du refus de rente, par décision du 25 septembre 2014 (dossier AI p. 55), avec ceux existant au moment de la décision attaquée, le 19 juin 2019 (dossier AI p. 407).

3.1. Au moment de rendre la décision initiale, en septembre 2014, les rapports suivants figuraient principalement au dossier:

- un rapport du 14 juin 2012 établi par les médecins de l'hôpital psychiatrique de C. _____ (dossier AI p. 15), au sein duquel l'assuré a séjourné du 1^{er} mai au 1^{er} juin 2012. Le diagnostic retenu est celui de schizophrénie paranoïde (F20.0). Au niveau des antécédents sont mentionnés: une grave dépression à l'âge de 20 ans, plusieurs tentatives de suicide, une psychothérapie durant une quinzaine d'années et enfin une hospitalisation en 2011 à B. _____, "*apparemment pour un délire paranoïaque*". A l'anamnèse, l'assuré explique entendre des voix depuis plusieurs jours et ressentir un sentiment de persécution. L'examen clinique évoque un patient calme, collaborant, dans un état de conscience et de vigilance sans particularités, rapportant une anxiété importante, mais non observée, tenant un discours cohérent et structuré. Le contact est décrit comme étrange, sans qu'un trouble du comportement ne soit rapporté, ni observé. Des insomnies sont mentionnées. L'introduction d'un traitement de risperidone permettra la diminution des hallucinations auditives; le patient en demandera toutefois l'interruption, en raison de certains effets secondaires. "*Au vu de la bonne évolution clinique et du suivi qui sera organisé à l'extérieur*", il a pu quitter l'hôpital le 1^{er} juin 2012.

- un rapport du 4 janvier 2013 (dossier AI p. 13), faisant suite à une seconde hospitalisation psychiatrique, du 17 au 26 décembre 2012, suite à un tentamen médicamenteux. L'assuré annonce alors avoir présenté des hallucinations auditives, une irritabilité, des troubles du sommeil et une recrudescence des acouphènes. A l'examen clinique, l'assuré est décrit comme somnolent, oppositionnel, ne voulant pas parler et étant contre une médication, mais néanmoins calme et orienté; irritable, d'humeur abaissée, il se décrit comme méfiant. La reprise du traitement de risperidone, auparavant interrompu par l'assuré, a permis une diminution des hallucinations auditives, mais non d'une certaine méfiance et irritabilité. Celui-ci a quitté prématurément l'hôpital, s'opposant à toute négociation avec le personnel soignant.

- un rapport du 24 octobre 2013 (dossier AI p. 22) établi par le Dr F. _____, psychiatre traitant, posant le diagnostic de trouble schizo-affectif (F25.9). L'anamnèse reprend en substance celle décrite dans les précédents rapports. Elle décrit un parcours relativement chaotique, sans activité professionnelle régulière, puis l'entrée dans une communauté religieuse à B. _____, avec une crise concernant ses convictions religieuses et un internement psychiatrique. S'en suivra son départ pour une abbaye à C. _____, avec une intégration difficile et deux décompensations psychiatriques graves, accompagnées de symptômes thymiques (dépression) et d'hallucinations auditives (cf. ci-dessus). Des difficultés relationnelles entraîneront son départ de la communauté et des démarches de l'assuré pour retrouver un emploi, notamment dans l'accompagnement de personnes handicapées à domicile. Au moment de l'examen, le patient reste fragile, même s'il n'est alors pas décompensé sur un mode psychotique. La capacité de travail est considérée comme nulle de juin 2012 à juin 2013, puis de 50% dès le 1^{er} juillet 2013, "*avec beaucoup de réserves*" toutefois, le psychiatre traitant émettant des doutes sur la capacité de son patient à tenir une activité professionnelle à moyen ou long terme. Il ajoute que "*l'observance au traitement, qui n'a pas toujours été optimale (recrudescence en mai 2013 des hallucinations auditives suite à une baisse du traitement par le patient), est requise pour que l'assuré minimise le risque de décompensation psychique. Le traitement vise à favoriser au mieux une capacité de travail résiduelle, qui reste cependant encore à définir sur le court, moyen et long terme*".

- un rapport du 15 novembre 2013 (dossier AI p. 34) de la Dresse G. _____, généraliste traitante, retenant le diagnostic de schizophrénie paranoïde. L'anamnèse correspond en substance à celle du Dr F. _____. Elle relève en bref qu'il s'agit d'un "*patient avec une lourde pathologie psychiatrique perturbant son jugement et rendant toute activité professionnelle difficile*" et le considère comme totalement incapable de travailler.

Sur la base de ces éléments, l'OAI/C. _____ a admis l'existence d'une atteinte psychique à la santé justifiant une incapacité totale de travail. Il a toutefois constaté que les conditions d'assurance n'étaient pas remplies, notant en particulier l'absence de cotisations en Suisse, de même que le fait que l'atteinte invalidante était largement antérieure à l'arrivée de l'assuré dans le pays. Il lui a donc refusé l'octroi d'une rente, ordinaire ou extraordinaire, par décision du 25 septembre 2014.

3.2. Suite au dépôt de la nouvelle demande, en janvier 2017, l'instruction a porté dans un premier temps sur la situation psychique de l'assuré. De nouveaux rapports sont progressivement apparus, portant sur des aspects somatiques cette fois.

Dans un rapport du 23 octobre 2016 (dossier AI p. 58), la Dresse H. _____, généraliste traitante, mentionnait déjà, outre une schizophrénie paranoïde et un état anxiodépressif provoquant un abaissement de la résistance aux pressions extérieures, une maladie de Ménière

"qui entraîne des épisodes de plusieurs jours voire semaine de vertiges rotatoires", des douleurs chroniques "suite à une triple fracture de la cheville gauche en 2009 qui l'empêchent de rester en position debout de manière prolongée ni de marcher longtemps. En raison d'un canal cervical étroit, le port de charge lourde de manière répétée entraîne des cervicobrachialgies gauches importantes". A l'instigation de cette dernière, l'avis de différents spécialistes sera requis dans le courant de l'année 2017.

Ainsi, le 19 juin 2017 (dossier AI p.130), le Dr I. _____, spécialiste ORL, posait principalement le diagnostic de maladie de Ménière, existant depuis 2009. Quand bien même celui-ci indiquait n'avoir attesté aucune incapacité de travail (hormis entre le 5 et le 14 juin 2015), il confirmait que l'assuré n'était plus en mesure de se déplacer en raison de ses troubles et que seule une activité assise, à raison de 2 heures par jour, demeurerait exigible. En novembre 2017, l'assuré a fait l'objet d'une intervention (sacrotomie décompressive). Le Prof. J. _____, qui a pratiqué l'opération, a confirmé l'existence d'une diminution de rendement de même que la possibilité d'exercer une activité simple, sans stress et surveillée, au début janvier 2018 (dossier AI p. 171). Un taux d'activité n'était toutefois pas indiqué en raison du status post-opératoire. Le 4 octobre 2018 (dossier AI p. 312), ce même Prof. J. _____ indiquait avoir revu l'assuré à fin septembre: *"Pour mémoire, A. _____ a présenté une exacerbation des vertiges durant la phase post-opératoire, qui se sont progressivement amendés au cours des mois. [...] L'acouphène droit est modéré et fluctuant, bien géré par le patient. La surdité subjective droite est inchangée. Le patient ne souhaite pas d'audioprothèse. L'otoscopie est normale compte tenu du stade post-opératoire, des deux côtés".* Il relatait ensuite que l'assuré se plaignait essentiellement de ses problèmes orthopédiques, à la cheville gauche et à la hanche. Il notait également que *"l'état dépressif et anxieux est manifeste à la présente consultation. Le patient est très  motif lorsqu'il évoque ses problèmes orthopédiques. Il estime que la situation du Ménière est actuellement stabilisée, même si elle n'est pas absolument satisfaisante".*

Par la suite, des rapports orthopédiques apparaîtront, avec notamment des examens radiologiques de la cheville et du bassin (dossier AI p. 314 et 319). En particulier, le diagnostic de coxarthrose est confirmé dans un rapport du 18 juin 2018 du Dr K. _____, médecin adjoint à la Clinique de chirurgie orthopédique de L. _____ (dossier AI p. 316). Celui-ci ne procède toutefois à aucune évaluation de la capacité de travail et écarte une indication opératoire: *"Etant donné l'âge relativement jeune du patient, je propose dans un premier temps un traitement conservateur et lui prescrit de la physiothérapie à but antalgique".*

Est enfin évoquée une problématique relative à une bronchite chronique. Ce diagnostic ressort du rapport de la généraliste traitante, qui le considérait toutefois comme non déterminant sur la capacité de travail. Une lettre provisoire de sortie établie par différents médecins de la Clinique de médecine de L. _____, le 17 février 2017 (dossier AI p. 335), annonçait toutefois l'admission de l'assuré aux urgences, une semaine plus tôt. Il indique que *"le status clinique parle en faveur d'une surinfection pulmonaire"* et détaille le traitement alors entrepris. *"Au vu de la bonne évolution clinique et biologique, A. _____ peut regagner son domicile le 18.02.2017".*

Il convient encore de préciser que différents éléments émanant du dossier médical à B. _____ (dossier AI p. 145-158 et 264-280) ont également été recueillis par l'OAI.

3.3. De son côté, le médecin SMR (dossier AI p. 141 et 180) a dans un premier temps recommandé d'investiguer la sphère psychiatrique, selon lui susceptible d'être à elle seule invalidante. Il envisageait toutefois d'emblée de mandater une expertise rhumatologique pour

établir les limitations fonctionnelles et l'exigibilité somatique, au cas où une capacité de travail devait être admise par l'expert-psychiatre.

Le médecin SMR (dossier AI p. 370) confirmera la valeur probante de l'expertise du Dr E._____, tant sous l'angle formel que médical. Il relèvera notamment que *"le fait que tous les symptômes de la schizophrénie n'aient pas été objectivés le jour de l'expertise ne permet pas d'écarter ce diagnostic. Une atteinte à la santé sous forme d'une psychose chronique découle clairement des antécédents médicaux de l'assuré. En revanche l'état actuellement compensé de la maladie et l'absence de limitations fonctionnelles, hormis d'éviter trop de stress et de responsabilités, permet de conclure à une pleine capacité de travail dans une activité adaptée"*.

Suite au projet de décision rendu dans la foulée par l'OAI (dossier AI p. 371) et aux objections de l'assuré à son encontre, l'avis du SMR a une nouvelle fois été requis par l'OAI. En réponse du 4 avril 2019 (dossier AI p. 400), le Dr M._____, se référant à ses précédentes prises de position, a confirmé la nécessité de poursuivre l'instruction sur le plan somatique.

En dépit de ce qui précède, l'OAI a statué peu après, sur la base du dossier en sa possession.

4.

Amenée à statuer, la Cour de céans constate tout d'abord que, lors de la précédente procédure, la problématique était exclusivement psychiatrique, avec en particulier un diagnostic de schizophrénie paranoïde, respectivement de trouble schizo-affectif. Cependant, l'OAI/C._____ avait finalement pu s'épargner l'examen des conséquences de ce diagnostic sur la capacité de travail, dès lors qu'il était survenu à une période antérieure à l'arrivée du recourant en Suisse (défaut des conditions d'assurance). Cette même atteinte a de nouveau été invoquée dans le cadre de la présente procédure de révision, accompagnée cette fois de symptômes de la lignée dépressive mais aussi (et surtout) de différents diagnostics de nature somatique.

4.1. Suivant les recommandations du médecin SMR, l'OAI s'est dans un premier temps concentré sur la composante psychiatrique et a demandé au Dr E._____ de procéder à une expertise. Ce dernier s'est exprimé de manière très nuancée, en retenant un probable diagnostic de schizophrénie paranoïde: *"il s'agit d'un cas complexe dont nous ne pouvons pas affirmer avec une certitude prépondérante qu'il présente une schizophrénie paranoïde, bien que dans le dossier à plusieurs reprises, ce diagnostic ait été posé"*. Cette affirmation découle notamment du fait que les symptômes hallucinatoires et persécutifs ne semblent pas avoir réellement été observés par les médecins précédents, mais ressortaient plutôt des déclarations de l'assuré. L'expert a ajouté que ce dernier a tout de même été en mesure de travailler à B._____ et, dans une moindre mesure, en Suisse. Il a aussi noté n'avoir objectivé aucun symptôme psychotique lors de son entretien, *"l'expertisé se plaignant surtout d'avoir des douleurs et des vertiges"*. Ainsi, tout en admettant un *"contact étrange avec cet expertisé"*, il a conclu à l'absence de limitations fonctionnelles *"chez cet expertisé qui est un cas complexe, car en regardant le dossier nous pouvons parler d'une gravité certaine mais que nous n'avons pas pu objectiver pendant l'entretien"*. Une capacité de travail de 100%, dans une activité bien encadrée et sans trop de stress, a été admise par celui-ci. Ces conclusions ont convaincu le médecin SMR, qui a admis la présence chez l'assuré d'une atteinte à la santé chronique, mais n'entraînant alors pas d'incapacité de travail dans une activité adaptée.

Globalement, cette expertise se fonde sur l'étude du dossier asséculoologique – lui donnant une connaissance exhaustive du contexte médical, familial, social et professionnel – et sur un entretien avec le recourant, au cours duquel ce dernier a pu exprimer ses plaintes. A cette occasion, l'expert a pu procéder à des examens complets et il présente de manière argumentée les éléments qui l'ont amené à ses conclusions. On relève en particulier la prudence avec laquelle il pose son diagnostic, qu'il ne qualifie que de "*probable*", de même que la façon extrêmement nuancée de se prononcer au sujet de la capacité de travail, en insistant sur le caractère momentané de son appréciation et en n'écartant pas l'éventualité d'une décompensation ultérieure.

Le fait pour l'assuré de se fonder sur un rapport de sa généraliste traitante, établi un mois avant l'expertise, afin de démontrer l'existence d'un état dépressif sévère, n'emporte pas la conviction des juges. Il importe peu de savoir si l'expert avait, ou non, connaissance du rapport de la Dresse H. _____ (dossier AI p. 304): dès lors que, à moins d'un mois d'intervalle, l'expert, spécialiste en psychiatrie, écarte toute symptomatologie dépressive (sévère) sur la base de son examen, on ne voit pas en quoi l'avis contraire de la généraliste serait susceptible d'ébranler cette conclusion. D'autant moins qu'elle ne motive que brièvement sa position, évoquant un "*état dépressif en aggravation en raison de problèmes physiques*".

Plus généralement, le caractère invalidant du trouble schizophrénique était jusqu'alors fondé avant tout sur l'avis du Dr F. _____, psychiatre traitant, lequel avait suivi l'assuré durant une courte période (de juin 2012 à octobre 2013). Or, celui-ci avait certes attesté d'une incapacité totale de travail de juin 2012 à juin 2013, mais également d'une capacité de 50% dès le 1^{er} juillet 2013. Même si son évaluation était très prudente, celui-ci relevait également l'importance de l'observance du traitement médicamenteux, indispensable pour minimiser le risque de décompensation psychotique. L'exercice ultérieur d'activités lucratives, même limitées, tend à accréditer la présence d'une capacité de travail et rendent vraisemblables les constatations effectuées par le Dr E. _____. La compliance au traitement médicamenteux (risperidone), auquel l'expert attribue l'équilibre dans lequel se trouve l'expertisé, correspond d'ailleurs aux observations antérieures du Dr F. _____.

Finalement, on ne saurait suivre le recourant lorsqu'il reproche à l'expert d'avoir rendu son rapport sur la base d'un dossier médical incomplet, du fait notamment de l'absence d'une partie du dossier constitué par l'OAI/C. _____. Il sied tout d'abord de relever que la récolte d'informations médicales par l'OAI a été sérieusement compliquée, respectivement retardée par le comportement réfractaire du recourant. Ce n'est que suite à la menace de voir sa demande rejetée pour manque de collaboration (dossier AI p. 256) que ce dernier a finalement été disposé à coopérer. Quoi qu'il en soit, quels qu'aient été les motifs ayant empêché l'accès de l'expert-psychiatre à une partie du dossier, ce dernier n'en a pas moins été en mesure d'évaluer correctement la situation de l'assuré. On en veut pour preuve le fait que l'expertise contient une anamnèse circonstanciée, permettant de saisir l'évolution de la situation de l'assuré dans le temps sans que l'on ne puisse y détecter de lacune flagrante. On en déduit que celui-ci a disposé des éléments déterminants, notamment par le biais de rapports détaillés établis par le psychiatre traitant de l'époque et les médecins de l'Hôpital psychiatrique de C. _____. On rappellera que la tâche principale de l'expert ne consistait pas à établir la situation prévalant lors de la précédente demande, déjà établie dans le cadre de la précédente décision, mais avant tout de déterminer celle qui se présentait au moment de son examen, dans le cadre de la procédure de révision.

La Cour déduit de ce qui précède que la situation sur le plan psychiatrique a fait l'objet d'investigations idoines et que l'OAI était donc légitimé à se fonder sur les conclusions du Dr E._____.

4.2. La situation est fort différente, en revanche, sur le plan somatique: le dossier constitué par l'autorité intimée contient de nombreux rapports émanant de spécialistes de différentes disciplines (ORL, orthopédie, pneumologie). Dans son dernier rapport, le médecin SMR résume les différents diagnostics en présence (maladie de Ménière, cervico-brachialgies, cheville gauche, bronchite chronique, coxarthrose gauche et obésité morbide) et en conclut que *"les limitations attestées découlent d'épisodes de vertiges récidivants avec nausées et risque de chute, de douleurs du pied gauche et de trouble psychiatrique"*. Plus encore, il confirme que *"l'instruction médicale est toujours incomplète sur le plan somatique pour déterminer la capacité de travail exigible"* et qu'*"un complément d'instruction médicale somatique par une expertise rhumatologique était nécessaire"*, se référant en cela à son rapport initial (dossier AI p. 141).

Pourtant, l'OAI a rendu immédiatement sa décision, sans tenir compte de la recommandation du médecin SMR et en se justifiant comme suit: *"Concernant les atteintes somatiques, certaines d'entre elles ont eu lieu avant l'arrivée de l'assuré en Suisse et ne remplissent donc pas les conditions d'assurance, d'autres ne l'ont pas empêché d'exercer une activité lucrative jusqu'à maintenant si bien qu'on comprend mal comment elle[s] pourrai[en]t l'entraver actuellement, et finalement pour les atteintes restantes celles-ci ne l'empêcherai[en]t nullement d'exercer une activité adaptée aux seules limitations fonctionnelles somatiques telle que décrit[es] selon l'exigibilité figurant ci-avant"*.

Quand bien même les explications avancées par l'autorité intimée ne sont pas entièrement dénuées de sens, elles interpellent néanmoins par le flou les entourant. L'OAI répartit en effet les atteintes en trois catégories, sans toutefois les attribuer précisément à l'une d'entre elles et sans aucune référence au dossier médical. Une telle manière de procéder est pour le moins cavalière, dès lors qu'elle ne permet pas au recourant, respectivement à l'instance de recours, de se déterminer correctement.

L'existence d'une atteinte antérieure à l'arrivée en Suisse est indéniable pour la schizophrénie, cette question ayant fait l'objet de la décision initiale rendue par l'OAI/C._____. Quand bien même il n'est pas exclu que d'autres atteintes aient été déjà présentes alors qu'il résidait à B._____ (on songe notamment aux problèmes à la cheville, ayant pour origine un accident survenu en 2009), il n'en demeure pas moins que la question de leur potentiel invalidant devait tout de même être examinée dans l'éventualité d'un droit à des prestations complémentaires, à l'instar de la schizophrénie.

De même, l'argumentation selon laquelle certaines atteintes n'auraient pas empêché l'assuré de travailler en Suisse ne tient en effet pas compte de ce que l'impact de ces atteintes était susceptible d'évoluer dans le temps. Ainsi, le fait que celui-ci ait pu exercer certaines activités de 2013 à 2016 ne démontre pas encore que cette situation était encore la même en 2017 et/ou plus tard. Ce d'autant moins que l'étendue de ces activités était très limitée (cf. extrait de compte AVS; dossier AI p. 92) et qu'elle ne pouvait dès lors que difficilement refléter concrètement sa capacité de travail résiduelle. Il paraît donc pour le moins ambigu de tirer de l'existence de ces activités, entre 2013 et 2016, l'absence de caractère invalidant des atteintes somatiques à partir de 2017.

Finalement, le fait de retenir que les atteintes restantes n'empêcheraient pas l'assuré d'exercer une activité adaptée à ses seules limitations fonctionnelles somatiques est lui aussi discutable. Tout d'abord du fait que, comme mentionné plus haut, on ne sait pas à quelles atteintes l'OAI se réfère exactement. Ensuite, parce que ce dernier n'indique pas sur quoi il fonde l'exigibilité sur le plan somatique. Sans lui dénier la possibilité de s'écarter de l'avis du SMR, il lui incombe alors d'en indiquer les raisons, respectivement de se référer à d'autres documents médicaux qui lui auraient semblé plus probants, ce qu'il a omis de faire.

Au vu de l'ensemble de ce qui précède, la Cour admet qu'il s'agit d'un dossier complexe, combinant des atteintes relevant de différentes disciplines médicales, sur lesquelles se greffent des questions liées aux conditions d'assurance. Pour cette raison, l'OAI aurait été avisé de suivre le conseil de son médecin SMR, dont l'avis est en phase avec le dossier médical constitué. Force est donc de conclure qu'en l'état, la situation sur le plan somatique est insuffisamment établie et les conclusions que l'autorité entend en tirer insuffisamment fondées.

Compte tenu de la jurisprudence du Tribunal fédéral en la matière (cf. supra consid. 2.4 in fine), il convient de renvoyer la cause à l'autorité intimée, à charge pour celle-ci de reprendre l'instruction dans le sens des considérants, pour établir si une modification de l'état de santé est intervenue, avec incidence sur la capacité de travail, et rende une nouvelle décision. Il lui incombera d'investiguer la sphère somatique, par le biais d'une expertise tenant raisonnablement compte des différentes pathologies en présence. Dans ce cadre, elle veillera à évaluer la nécessité éventuelle d'actualiser le volet psychiatrique, afin de disposer d'une vue d'ensemble de la situation.

5.

Partant, le recours doit être admis, la décision attaquée annulée et la cause renvoyée à l'autorité intimée pour instruction complémentaire dans le sens des considérants et nouvelle décision.

La procédure n'étant pas gratuite, il convient de condamner l'autorité intimée qui succombe à des frais de procédure par CHF 800.-. Le recourant, qui obtient gain de cause, a droit à des dépens, ce qui rend sa demande d'assistance judiciaire gratuite (608 2019 218) sans objet.

Il se justifie de fixer l'équitable indemnité - entière, dès lors qu'un renvoi pour instruction équivaut à un gain de cause total (ATF 137 V 57; 133 V 450) - sur la base de la liste de frais déposée le 31 mars 2020 par la mandataire du recourant. Il se justifie ainsi de fixer l'équitable indemnité à raison de 7h55 à CHF 250.-, soit à CHF 1'979.20, plus CHF 52.50 de débours, plus CHF 156.45 au titre de la TVA à 7.7%, soit un total de CHF 2'188.15, indemnité intégralement mise à la charge de l'OAI et qui sera directement versée au mandataire de la recourante.

(dispositif en page suivante)

la Cour arrête :

I. Le recours (608 2019 217) est admis.

Partant, la décision attaquée est annulée et la cause est renvoyée à l'autorité intimée, pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision.

II. Les frais de justice, fixés à CHF 800.-, sont mis à la charge de l'autorité intimée.

III. La demande d'assistance judiciaire gratuite totale (608 2019 218), devenue sans objet, est rayée du rôle.

IV. Il est alloué au recourant pour ses frais de défense une indemnité de CHF 1'979.20, plus CHF 52.50 de débours, plus CHF 156.45 au titre de la TVA à 7.7%, soit un total de CHF 2'188.15. Elle est mise intégralement à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg et sera directement versée à Me Aeby.

IV. 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 avril 2020/mba

Le Président :

Le Greffier-rapporteur :