

# FR\_GERICHTE 608 2018 19 vom 6. März 2019

FR Kantonsgericht, 2019-03-06, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr\\_gerichte\\_608\\_2018\\_19](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_608_2018_19)

FR: FR\_GERICHTE 608 2018 19 du 6 mars 2019

IT: FR\_GERICHTE 608 2018 19 del 6 marzo 2019

## Regeste

Arrêt de la IIe Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal | Invalidenversicherung

## Erwägungen

### E. 14

novembre 2001, 12 janvier 2004, 19 avril 2007 et 8 août 2013, l'OAI a confirmé le droit à la rente entière de l'assuré (dossier AI pces p. 117 s., 145 s., 175 s., 305 s.). Par acte de nomination du 17 février 2014, la Juge de Paix de l'arrondissement de la Sarine a institué une curatelle de représentation avec gestion du patrimoine et nommé F.\_\_\_\_\_ curatrice (dossier AI pce p. 236). C. Après avoir reçu un contrat de travail de l'assuré en septembre 2014, l'OAI a entamé une cinquième procédure de révision d'office et a soumis l'assuré à une expertise psychiatrique. Par décision du 4 décembre 2017, l'OAI, en se fondant sur le rapport d'expertise du 5 avril 2016 du Dr G.\_\_\_\_\_, a supprimé la rente entière d'invalidité de l'assuré avec effet le premier jour du deuxième mois qui suit la notification de la décision. L'office a considéré que l'assuré ne souffrait plus d'aucune atteinte à la santé pouvant être considérée comme invalidante (dossier AI pce p. 470 à 474). D. Le 22 janvier 2018, A.\_\_\_\_\_, représenté par Me Benoît Sansonnens, avocat, interjette recours de droit administratif à l'encontre de la décision du 4 décembre 2017 auprès du Tribunal cantonal. Il conclut, sous suite de frais et dépens, à l'annulation de la décision litigieuse, ainsi que, principalement, au maintien de la rente entière d'invalidité et, subsidiairement, au renvoi de la cause à l'autorité intimée pour instruction complémentaire puis nouvelle décision dans le sens des considérants; en outre, l'intéressé demande l'ordonnance d'une expertise médicale psychiatrique au titre de requête de procédure ainsi que l'octroi de l'assistance judiciaire totale gratuite (AJT; dossier 608 2018 20). Le recourant soutient en substance que le Dr G.\_\_\_\_\_ a retenu que son état de santé était demeuré inchangé depuis 1995 à tout le moins et qu'une révision de son droit à la rente apparaît dès lors exclue. Il ajoute que l'expertise de ce psychiatre est fondée sur un entretien bâclé et qu'elle est incomplète dans sa motivation. Le recourant produit à l'appui de ses allégations le rapport médical du 18 janvier 2018 de la Dresse H.\_\_\_\_\_, de I.\_\_\_\_\_, qui a estimé qu'aucune activité n'était exigible de son patient.

Tribunal cantonal TC Page 3 de 12 Dans ses observations du 4 avril 2018, l'autorité intimée conclut au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée. L'office estime que le rapport d'expertise Dr G.\_\_\_\_\_ a une pleine valeur probante. Par communication du 21 juin 2018, le Service des curatelles d'adultes de la Ville de B.\_\_\_\_\_ signifie au Tribunal cantonal que la mesure de curatelle qui avait été instaurée en faveur de l'assuré a été levée. E. Dans son écriture ampliative du 27 juin 2018, le recourant expose, d'une part, que l'on ne saurait reprocher aux médecins de I.\_\_\_\_\_, soit une institution étatique, d'établir des certificats de complaisance. Il note, d'autre part, que le Dr G.\_\_\_\_\_

manquerait d'objectivité, qu'il aurait commis des confusions dans une autre affaire et que son rapport d'expertise serait manifestement insuffisant. Il verse encore au dossier le rapport du 13 juin 2018 de la Dresse H. \_\_\_\_\_, de I. \_\_\_\_\_, qui a réitéré son appréciation. F. Aucun autre échange d'écritures n'a été ordonné entre les parties. Il sera fait état des arguments de ces dernières, 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. Une curatelle de représentation avec gestion du patrimoine au sens des art. 394 s. CC a été instituée par acte de nomination du 17 février 2014 de la Juge de Paix de l'arrondissement de la Sarine. Dans la mesure où le recourant continue d'exercer tous ses droits civils conformément à l'art. 394 al. 3 CC, il pouvait agir seul. Le recours a par ailleurs été interjeté en temps utile et dans les formes légales auprès de l'autorité judiciaire compétente par un assuré directement touché par la décision attaquée et dûment représenté par un avocat. Partant, il 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. 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 (art. 28 al. 2 LAI).

Tribunal cantonal TC Page 4 de 12 2.2. Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (art. 7 al. 2 2ème 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 légitimement sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 396 consid. 5.3 et 6). Le Tribunal fédéral a récemment considéré que, dans la mesure où les difficultés d'objectivation et de preuve sont communes à toutes les affections psychiques, l'exigence d'un catalogue des indicateurs posée par l'ATF 141 V 281 pour les syndromes douloureux somatoformes persistants doit être étendue à toutes les affections d'ordre psychique (arrêt TF 8C\_841/2016 du 30 novembre 2017 consid. 4.1.2). Par ailleurs, les dépressions légères à moyennes récurrentes ou épisodiques, qui étaient systématiquement qualifiées de non invalidantes à moins d'être résistantes aux traitements, ne sont plus considérées de manière si absolue; la résistance aux traitements doit davantage être prise en considération dans le cadre de l'appréciation globale des preuves en tant qu'indice (arrêt précité consid. 4.2.2 et 4.4). Il peut toutefois être renoncé à un examen par un catalogue des indicateurs structuré lorsqu'un tel examen n'apparaît pas nécessaire ou adéquat. Il en va notamment ainsi, lorsque des rapports médicaux motivés de manière compréhensible excluent une incapacité de travail et que la pertinence des éventuels avis contradictoires peut être niée en raison d'un défaut de

spécialisation médicale de leurs auteurs ou pour un autre motif (cf. arrêt TF 8C\_130/2017 du 30 novembre 2017 consid. 7.1.1). Un examen par un catalogue des indicateurs structuré ne sera en particulier pas nécessaire, lorsque sur la base des pièces médicales existantes, une dépression légère apparaît probable au degré de la vraisemblance prépondérante, qu'elle ne peut être considérée comme chronifiée et qu'elle n'est pas accompagnée d'une comorbidité (arrêt TF 8C\_841/2016 du 30 novembre 2017 consid. 4.5.3 et les références citées). Les facteurs psychosociaux et socioculturels ne constituent pour elles seules pas des atteintes à la santé entraînant une incapacité de gain au sens de l'art. 4 LAI. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire qu'un substrat médical pertinent entrave la capacité de travail (et de gain) de manière importante et soit à chaque fois mis en évidence par un médecin spécialisé. Plus les facteurs psychosociaux et socioculturels apparaissent au premier plan et imprègnent l'anamnèse, plus le diagnostic médical doit préciser si l'atteinte à la santé psychique équivaut à une maladie. Il ne suffit donc pas que le tableau clinique soit constitué d'atteintes relevant de facteurs socioculturels; il faut au contraire que celui-ci comporte d'autres éléments pertinents au plan psychiatrique tels qu'une dépression durable au sens médical ou un état psychique assimilable et non une simple humeur dépressive. En définitive, une atteinte psychique influençant la capacité de travail de manière autonome est nécessaire pour que l'on puisse parler d'invalidité. Tel n'est en revanche pas le cas lorsque l'expert ne relève pour l'essentiel que des éléments trouvant leur explication et leur source dans le champ socioculturel ou psychosocial (ATF 127 V 294 consid. 5a; arrêt TF I 797/06 du 21 août 2007 consid. 4).

Tribunal cantonal TC Page 5 de 12 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 (révision matérielle). 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 citées, VSI 1996 p. 188 consid. 2d). Une simple appréciation différente d'un état de fait, qui pour l'essentiel est demeuré inchangé, n'appelle en revanche pas une révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 112 V 371 consid. 2b). 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 soit 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; cf. 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). Selon l'art. 88a al. 1 RAI, si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels de l'assuré s'améliore ou que son impotence ou encore le besoin de soins ou le besoin d'aide découlant de son invalidité s'atténue, ce changement n'est déterminant

pour la suppression de tout ou partie du droit aux prestations qu'à partir du moment où on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre. A l'inverse, conformément à l'art. 88a al. 2 RAI, si la capacité de gain de l'assuré ou sa capacité d'accomplir les travaux habituels se dégrade, ou si son impotence ou encore le besoin de soins ou le besoin d'aide découlant de son invalidité s'aggrave, ce changement est déterminant pour l'accroissement du droit aux prestations dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable. 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). 2.4. Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un

Tribunal cantonal TC Page 6 de 12 jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre (ATF 125 V 351 consid. 3a; arrêt TF 9C\_745/2010 du 30 mars 2011 consid. 3.1 et les références citées). En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant, c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions médicales soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351; arrêt TF 9C\_745/2010 du 30 mars 2011). La durée d'un examen n'est pas un critère permettant en soi de juger de la valeur d'un rapport médical (arrêts TF 9C\_382/2008 du 22 juillet 2008 et 9C\_514/2011 du 26 avril 2012). La question de savoir si l'expertise est en soi complète et convaincante dans son résultat est en première ligne déterminant (arrêt TF 9C\_55/2009 du 1er avril 2009 consid. 3.3 et les références citées). Il y a en outre lieu d'attacher plus de poids à l'opinion motivée d'un expert qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin traitant dès lors que celui-ci, vu la relation de confiance qui l'unit à son patient, est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour lui (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées). Un rapport médical ne saurait toutefois être écarté pour la simple et unique raison qu'il émane du médecin traitant (arrêt TF I 81/07 du 8 janvier 2008 consid. 5.2). Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves). Une telle manière de

procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. (ATF 136 I 229 consid. 5.3; 124 V 90 consid. 4b et les références citées). 3. Le litige porte sur l'évolution du taux d'invalidité de l'assuré, singulièrement sur l'évolution de sa capacité de gain. Il s'agit dès lors de comparer son état de santé au moment de la dernière décision ayant matériellement examiné son droit à la rente (cf. supra consid. 2.3) avec son état de santé au moment de la décision de révision portée céans, ce qui relève d'une appréciation médicale de sa situation. Dans la présente occurrence, la dernière décision ayant procédé à un examen matériel du droit à la rente est la communication du 19 avril 2007 donnée au terme de la troisième procédure de révision d'office diligentée par l'autorité intimée (dossier AI pce p. 175 s.). Celle du 8 août 2013 donnée après la quatrième procédure de révision d'office (dossier AI pce p. 305 s.) n'a en effet pas été fondée sur un examen approfondi de la situation clinique du recourant, mais seulement sur le rapport extrêmement succinct du 26 février 2013 du Dr J. \_\_\_\_\_, médecin traitant de l'assuré (dossier AI pce p. 300). Toutefois, la communication du 19 avril 2007 – reconduisant le droit du recourant à une rente entière – étant presque exclusivement fondée sur l'avis du 12 mars 2007 du Dr K. \_\_\_\_\_ qui confirmait une situation clinique stationnaire, la situation clinique préexistante

Tribunal cantonal TC Page 7 de 12 en particulier celle existante au moment de la décision initiale du 2 novembre 1998, déterminante pour la comparaison des états de santé, doit ainsi être exposée. Quant à la décision de révision querellée, elle est datée du 4 décembre 2017.

3.1. Par décision initiale du 2 novembre 1998, l'OAI a mis l'assuré au bénéfice d'une rente entière d'invalidité à compter du 1er août 1995. L'OAI s'est alors essentiellement fondé sur le rapport médical du 27 juillet 1998 du Dr K. \_\_\_\_\_, médecin spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, de L. \_\_\_\_\_ de B. \_\_\_\_\_, qui a retenu les diagnostics suivants: « F 19.22: troubles mentaux liés à l'utilisation de substances psycho-actives multiples (opiacés, cocaïne, cannabis); suit actuellement un régime de maintenance sous surveillance médicale. F 33.4: trouble dépressif récurrent, actuellement en rémission sous traitement antidépresseur. F 42.1: trouble obsessionnel compulsif avec comportements impulsifs au premier plan. F 60.6: personnalité évitante. Z 61.4: difficultés liées à de possibles sévices sexuels infligées à un enfant par une personne de son entourage immédiat ». Le psychiatre a conclu à une incapacité de travail de 100% depuis août 1994, pour une durée indéterminée (dossier AI pce p. 68 à 70). En juin 2000, l'OAI a entamé une première procédure de révision d'office et a confirmé le droit à la rente entière de l'assuré. L'office s'est alors fondé sur les rapports médicaux des 9 octobre 2000 et 31 octobre 2001 du Dr K. \_\_\_\_\_, qui a confirmé ses précédents diagnostics et fait état d'une situation d'abord stationnaire puis aggravée après l'échec d'un stage en atelier protégé (dossier AI pces p. 105 s. et 116). En novembre 2002, l'OAI a entamé une deuxième procédure de révision d'office et a derechef confirmé le droit à la rente entière de l'assuré. L'office s'est alors basé sur le rapport médical du 22 décembre 2003 du Dr M. \_\_\_\_\_, médecin spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, de L. \_\_\_\_\_ de B. \_\_\_\_\_, qui a exposé que la situation clinique de l'assuré était stationnaire (dossier AI pce p. 143). En mai 2006, l'OAI a entamé une troisième procédure de révision d'office et a là encore confirmé le droit à la rente entière de l'assuré. L'office s'est alors essentiellement fondé sur le rapport médical du 12 mars 2007 du Dr K. \_\_\_\_\_, qui a mentionné un traitement antiviral contre l'hépatite C lui occasionnant fatigue et douleurs et ajouté que son patient avait cessé toute injection d'opiacés en avril 2006. Tout en précisant que l'assuré pourrait, conformément à ses souhaits, reprendre une activité commerciale après l'arrêt du traitement antiviral et l'effet de la psychothérapie qui sera débutée pour traiter le trouble obsessionnel compulsif, le

médecin a conclu à un état de santé stationnaire et à une incapacité de travail de 100% (dossier AI pce p. 168 à 171). 3.2. Les pièces médicales suivantes ont depuis lors été versées au dossier: - Le rapport médical du 21 août 2008 du Dr J.\_\_\_\_\_, médecin spécialiste en médecine générale, qui a noté une incapacité de travail de 100% à compter de 1999 mais considéré que son patient pouvait reprendre une activité adaptée à 70% (dossier AI pce p. 185 à 188). - Le rapport médical du 6 juillet 2012 du Dr J.\_\_\_\_\_, qui a attesté d'un état de santé stationnaire et précisé que son patient pouvait reprendre une activité légère à 50% (dossier AI pce p. 201 s.).

Tribunal cantonal TC Page 8 de 12 - Le rapport du 25 novembre 2011 du Centre d'intégration socioprofessionnelle de B.\_\_\_\_\_ (ci- après: CEPAI), duquel il ressort que l'assuré a montré de bonnes compétences professionnelles et sociales (dossier AI pce p. 233 à 239). - Le rapport du 16 mai 2012 du CEPAI, duquel il ressort que l'assuré a interrompu son stage pour des raisons médicales (dossier AI pce p. 258 à 262). - Le rapport médical du 6 juillet 2012 du Dr J.\_\_\_\_\_, qui a estimé que l'état de santé de son patient s'était amélioré (dossier AI pce p. 268). - Le rapport médical du 26 février 2013 du Dr J.\_\_\_\_\_, qui a noté que l'état de santé était resté stationnaire (dossier AI pce p. 300); cette pièce a motivé la confirmation du droit de l'assuré à une rente entière au terme de la procédure de révision d'office. Après avoir reçu un contrat de travail de l'assuré en septembre 2014, l'OAI a entamé une nouvelle procédure de révision d'office. Les pièces médicales suivantes ont été produites: - Le rapport médical du 3 mars 2015 du Dr J.\_\_\_\_\_, qui a attesté d'un état de santé stationnaire, retenu le diagnostic de dépendance aux opiacés (traitement métradone) présente depuis 1993 et précisé que son patient pouvait reprendre une activité légère à 50% (dossier AI pce p. 322 à 325). - Le rapport d'expertise psychiatrique du 5 avril 2016 du Dr G.\_\_\_\_\_, médecin spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, qui a notamment noté que « Signalons que l'expert ne comprend pas le motif pour lequel l'assuré reçoit une rente d'invalidité de 87% depuis août 1995, rappelons que le dernier travail date de 1994. A l'époque, l'assuré présentait une dépendance à l'héroïne ainsi que des TOC et un trouble dépressif, mais en regardant les dossiers médicaux de l'époque, les signes et symptômes ne correspondent pas tout à fait à un degré de sévérité tel que décrit dans la CIM-10. En tout cas actuellement et ceci depuis plusieurs années, sans que l'expert puisse préciser exactement depuis quand, cet assuré ne présente aucun signe et symptôme d'un trouble dépressif, il a arrêté l'héroïne depuis fort longtemps, il ne consomme plus d'autres drogues, il dit qu'il a des TOC mais cela ne semble pas le déranger. Signalons qu'il ne consulte plus de psychiatre depuis longtemps. [...] Quoi qu'il en soit, et cela depuis de nombreuses années, cet assuré ne présente pas de limitations fonctionnelles qui l'empêcheraient de travailler, certes il a des TOC et une personnalité évitante mais il n'a plus de thérapie et par ailleurs il n'a jamais fait une thérapie ni cognitivo-comportementale ni analytique approfondie, il prend la Methadone et la Fluoxetine et dans ses activités journalières, je n'ai pas pu objectiver des limitations fonctionnelles. [...] L'assuré lui-même se dit étonné d'être à l'AI, en plus il dit qu'il n'a jamais été examiné par un expert psychiatre et, de plus, il se plaint du fait que l'AI ne l'a pas assez aidé dans le cadre des mesures de réadaptation, notamment lors de la dernière au CEPAI à N.\_\_\_\_\_, où il n'a pas compris pourquoi la mesure a été interrompue ». L'expert n'a pas retenu de diagnostics ayant une influence sur la capacité de travail et a considéré que les diagnostics suivants n'avaient pas d'influence sur la capacité de travail: « Personnalité anxieuse/évitante (F60.6). Trouble obsessionnel compulsif avec comportements compulsifs (rituels obsessionnels) au premier plan (F41.2). Status après troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation

d'opiacés, suit actuellement un régime de substitution sous surveillance médicale (F1 1.22).  
». Le Dr G.\_\_\_\_\_ a ainsi conclu à l'existence d'une capacité de travail totale, en tout cas depuis la date de l'entretien (dossier AI pce p. 351 à 381).

Tribunal cantonal TC Page 9 de 12 - Le rapport médical du 5 mai 2017 de la Dresse O.\_\_\_\_\_, médecin spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, qui a retenu les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de trouble dépressif récurrent, actuellement en rémission (F 33.4), de trouble obsessionnel compulsif avec comportements compulsifs (rituels obsessionnels) au premier plan (F 42.1), de personnalité anxieuse (évitante) (F 60.6), de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psycho-actives (F 19.22) et de difficultés liées à de possibles sévices sexuels infligés à un enfant par une personne de son entourage immédiat (Z61.4). La psychiatre a constaté une détérioration de l'état psychique depuis février 2017 et a estimé que l'assuré était totalement incapable de travail dans toute activité (dossier AI pce p. 432 à 437). - Le rapport médical du 7 juillet 2017 du Dr P.\_\_\_\_\_, médecin spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, de I.\_\_\_\_\_, qui a retenu les diagnostics avec effet sur la capacité de travail suivants: « Dépendance aux opiacés, sous substitution de morphine sulfate (F11.21) (avec antécédents de consommation de cocaïne et de cannabis, F19.2) – Héroïne dès 1988, sous méthadone depuis 1993. Trouble obsessionnel compulsif, principalement des compulsions de vérifications et de nettoyage (F42.1) – Adolescence - début de l'âge adulte. Augmentent en 2011 et 2016. Crises de boulimie (F50.4) – Idem, en recrudescence en 2011 et 2016. Trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (F33.1) – Idem. Trouble de la personnalité mixte, évitante et dépendante (F61) – Idem. Hépatite C chronique, Apnée du sommeil appareillée, HTA, obésité. Thrombose veineuse en décembre 2016. QT long documenté en 2017 ». Le psychiatre a noté une évolution stationnaire ces dernières années et a conclu en ces termes: « Le patient présente une grande fragilité thymique et comportementale, qui pourrait contraindre à notre avis une reprise du travail ou des mesures de réinsertion. Si le patient en éprouve le besoin et en fait la demande, cependant, de telles mesures peuvent être envisagées, de même qu'un atelier protégé » (dossier AI pce p. 452 s.). - Le rapport d'expertise complémentaire du 25 juillet 2017 du Dr G.\_\_\_\_\_, qui, se déterminant sur le rapport du Dr P.\_\_\_\_\_, a déclaré maintenir ses conclusions (dossier AI pce p. 456). - Divers certificats d'incapacité de travail (dossier AI pces p. 242, 247 s., 253). Avec son recours et son écriture ampliative, le recourant a encore produit: - le rapport médical du 18 janvier 2018 de la Dresse H.\_\_\_\_\_, médecin spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, de I.\_\_\_\_\_, qui a exposé que son patient avait séjourné à Q.\_\_\_\_\_ et qu'il avait repris le suivi psychiatrique et psychothérapeutique chez elle depuis le 20 novembre 2017. La psychiatre a retenu les diagnostics suivants: « F33.1 Trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen. F11.22 Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'opiacés, syndrome de dépendance. Suit actuellement un régime de maintenance ou de substitution, sous surveillance médicale. F50.4 Hyperphagie associée à d'autres perturbations psychologiques. F42.1 Autres comportements compulsifs (rituels obsessionnels au premier plan). F60.8 Autres troubles spécifiques de la personnalité. Z61.4 Difficultés liées à une enfance malheureuse. Difficultés liées à de possibles sévices sexuels infligés à un enfant par une personne de son entourage immédiat. F61.0 Privation de relation affective pendant l'enfance ». La psychiatre a estimé qu'aucune activité n'était exigible de son patient. Elle a noté à cet égard « qu'en 2011, une réinsertion professionnelle s'est soldée par un échec et en 2017 des mesures professionnelles au CEPAI ont été interrompues au cours du 3ème mois pour raisons de santé, avec péjoration sévère

de son état psychique, augmentation de ses TOC, péjoration de son anxiété, troubles du sommeil, hyperphagie et apparition d'idées noires, voire suicidaires ».

Tribunal cantonal TC Page 10 de 12 - le rapport médical du 13 juin 2018 de la Dresse H. \_\_\_\_\_, de I. \_\_\_\_\_, qui a noté chez l'assuré « une tendance à minimiser massivement et à cacher ces symptômes, quitte à déclarer à ses partenaires de l'OAI que lui-même ignorait les raisons pour lesquelles il était mis au bénéfice d'une rente AI. [...] Ayant évolué dans son enfance et à l'adolescence dans un contexte de vie empreint de négligence sévère, ainsi que de privation et d'invalidation émotionnelles, la maltraitance sexuelle subie durant dix ans, de manière continue entre ses 7 et 17 ans, infligée par un cousin qui est son aîné de 11 ans, représentait pour [l'assuré] un obstacle d'envergure quant au développement de son intégrité mentale. Les conséquences d'une exposition durable à des conditions de vie invalidantes et à la maltraitance sexuelle sont scientifiquement décrites et reconnues comme formant un processus complexe, ayant des répercussions profondes sur le développement cognitif, affectif, identitaire et psychosocial de la victime, produisant des séquelles invalidantes irréversibles telles qu'une perception biaisée et inadéquate de sa propre personne, des schémas cognitifs altérés, des déficits importants dans la capacité à reconnaître, communiquer et réguler ses affects et à contrôler son impulsion, des problèmes pour former et maintenir des relations sécurisées à l'âge adulte ». La psychiatre a conclu qu'il n'était pas envisageable que son patient puisse se réadapter aux exigences d'un milieu de travail en économie libre. 3.3. Dans la présente espèce, l'autorité intimée a supprimé la rente entière dont bénéficiait le recourant, motif pris qu'il ne souffrait plus d'aucune atteinte à la santé pouvant être considérée comme invalidante. Elle a ainsi estimé que l'état de santé de l'assuré s'était amélioré et que son droit à la rente devait faire l'objet d'une révision au sens de l'art. 17 LPG. Or, l'autorité intimée s'est exclusivement fondée sur le rapport d'expertise du Dr G. \_\_\_\_\_, lequel a, explicitement et à réitérées reprises, exposé dans son rapport ne pas comprendre pourquoi l'assuré avait été mis au bénéfice d'une rente d'invalidité. Son opinion constitue donc une autre appréciation médicale de celle exprimée par le Dr K. \_\_\_\_\_ dans son rapport du 27 juillet 1998. L'expert n'a donc pas attesté d'une amélioration de l'état de santé de l'assuré. De plus, la valeur probante de l'expertise du Dr G. \_\_\_\_\_ est mise à mal. Intrinsèquement, parce qu'il apparaît pour le moins surprenant que l'expert, après 4 pages de constatations objectives actuelles, conclut directement qu'en 1998 jamais une rente d'invalidité n'aurait dû être allouée à l'assuré. Egalement parce qu'aucun diagnostic en lien avec la maltraitance sexuelle subie par l'assuré n'a été mentionné par l'expert, alors que cette constatation médicale occupe une place centrale notamment dans le rapport médical du 13 juin 2018 de la Dresse H. \_\_\_\_\_. Enfin parce que l'expertise en cause ne remplit pas l'exigence d'un catalogue des indicateurs posée par l'ATF 141 V 281 (cf. supra consid. 2.2). Les conditions permettant de renoncer à un examen par un catalogue des indicateurs structuré ne sont en effet manifestement pas remplies en l'espèce (cf. à cet égard arrêt TF 8C\_130/2017 du 30 novembre 2017 consid. 7.1.1). Extrinsèquement ensuite, parce que les conclusions auxquelles aboutit le Dr G. \_\_\_\_\_ sont contredites par les Drs O. \_\_\_\_\_, P. \_\_\_\_\_ et H. \_\_\_\_\_, tous trois spécialistes en psychiatrie et psychothérapie. Certes le Dr G. \_\_\_\_\_ s'est déterminé sur le rapport médical du Dr P. \_\_\_\_\_, mais au travers d'un écrit succinct à l'extrême et dépourvu de toute motivation. En présence de ces diverses opinions médicales, il était en tous les cas été nécessaire de les soumettre à un médecin spécialisé du service médical régional de l'assurance-invalidité afin qu'il les évalue et les confronte, ce qui n'a été fait.

Tribunal cantonal TC Page 11 de 12 Aussi, en l'état du dossier, une révision au sens de l'art. 17 LPGA du droit à la rente de l'assuré apparaît-elle exclue. Il convient de relever, de surcroît, que la décision querellée ne saurait être confirmée par substitution de motifs, par la voie de la reconsidération prévue par l'art. 53 al. 2 LPGA. D'une part, la décision initiale s'est fondée sur le rapport médical du 27 juillet 1998 du Dr K. \_\_\_\_\_, rapport bénéficiant d'une pleine valeur probante et émanant d'un spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. D'autre part, le Dr G. \_\_\_\_\_, dans son rapport d'expertise, a laconiquement noté qu'« en regardant les dossiers médicaux de l'époque, les signes et symptômes [du TOC et du trouble dépressif] ne correspondent pas tout à fait à un degré de sévérité tel que décrit dans la CIM-10 », ce qui ne suffit pas à qualifier la décision initiale de manifestation erronée, tant s'en faut. 4. 4.1. Il s'ensuit l'admission du recours (608 2018 19). 4.2. Le recourant ayant obtenu gain de cause, les frais de procédure, par CHF 800.-, doivent être mis à la charge de l'autorité intimée. 4.3. Eu égard au sort du litige, le recourant a droit à une entière indemnité de dépens. Conformément aux art. 137 ss du code du 23 mai 1991 de procédure et de juridiction administrative (CPJA; RSF 150.1) et au tarif du 17 décembre 1991 des frais de procédure et des indemnités en matière de juridiction administrative (Tarif/JA; RSF 150.12), il sied de lui reconnaître une indemnité pour ses dépens de CHF 3'420.65 – à savoir 13 heures et 41 minutes à CHF 250.- de l'heure –, plus CHF 327.85 au titre de débours, plus CHF 288.65 au titre de la TVA à 7.7%. Cette indemnité totale de CHF 4'037.15 est intégralement à la charge de l'autorité intimée. 4.4. Cela étant, la requête d'assistance judiciaire gratuite totale (608 2018 20) formulée par le recourant devient sans objet. (dispositif en page suivante)

Tribunal cantonal TC Page 12 de 12 la Cour arrête : I. Le recours (608 2018 19) est admis. Partant, la décision du 4 décembre 2017 est annulée et le droit à la rente entière d'invalidité de A. \_\_\_\_\_ est maintenu. II. Les frais de procédure, par CHF 800.-, sont mis à la charge de l'Office de l'assurance- invalidité du canton de Fribourg. III. L'indemnité de dépens allouée à A. \_\_\_\_\_ est fixée à CHF 3'420.65, plus CHF 327.85 au titre de débours, plus CHF 288.65 au titre de la TVA à 7.7%, soit à un total de CHF 4'037.15. Elle est intégralement à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg. IV. La requête d'assistance judiciaire gratuite totale (608 2018 20) est sans objet. V. Notification. Un recours en matière de droit public peut être déposé auprès du Tribunal fédéral contre le présent jugement dans un délai de 30 jours dès sa notification. Ce délai ne peut pas être prolongé. Le mémoire de recours sera adressé, en trois exemplaires, au Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne. Il doit indiquer les conclusions, les motifs et les moyens de preuve et être signé. Les motifs doivent exposer succinctement en quoi le jugement attaqué viole le droit. Les moyens de preuve en possession du (de la) recourant(e) doivent être joints au mémoire de même qu'une copie du jugement, avec l'enveloppe qui le contenait. La procédure devant le Tribunal fédéral n'est en principe pas gratuite. Fribourg, le 6 mars 2019/yho Le Président : La Greffière-stagiaire :

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.