

FR_GERICHTE 605 2013 122 vom 30. September 2015

FR Kantonsgericht, 2015-09-30, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_605_2013_122

FR: FR_GERICHTE 605 2013 122 du 30 septembre 2015

IT: FR_GERICHTE 605 2013 122 del 30 settembre 2015

Regeste

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

Erwägungen

E. 22

novembre 2000. L'intéressé a séjourné à la Clinique C._____ (ci-après : Clinique) du 22 novembre 2000 au 2 janvier 2001. Le 22 mai 2001, il a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité. Par décision du 4 septembre 2002, la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci- après : SUVA) lui a alloué une rente d'invalidité de 20 % ainsi qu'une indemnité pour atteinte à l'intégrité correspondant à un taux de 20 %; elle a par ailleurs estimé que les troubles psychogènes dont il souffrait n'étaient pas en lien avec l'accident du 13 juin 2000. Ensuite de la cessation d'un stage d'évaluation professionnelle auprès du Centre d'évaluation de l'assurance-invalidité (ci-après : CEPAI) du Centre d'intégration socioprofessionnel (ci-après : CIS) à Fribourg, l' Office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg (ci-après: OAI), a, par décision du 22 juin 2004, octroyé à l'intéressé une rente entière de l'assurance-invalidité à compter du 1er novembre 2001, fondée sur un taux d'invalidité de 94 %, en raison d'une modification durable de la personnalité. La rente entière a ensuite été confirmée par communication du 11 juin 2007. Se fondant sur le rapport d'expertise pluridisciplinaire du 30 avril 2012 des Drs D._____ et E._____, médecins spécialistes FMH respectivement en psychiatrie et en neurologie, du Centre F._____ (ci-après : Centre), l'OAI a, par décision du 22 mai 2013, informé l'intéressé que la décision du 22 juin 2004 était annulée à la suite d'un réexamen et que la rente serait dès lors supprimée dès le premier jour du deuxième mois qui suivrait la notification de la décision. L'intéressé a, à sa demande, été admis au G._____ (ci-après : Réseau) pour un séjour du 28 mai au 4 juin 2013. B. Le 24 juin 2013, A._____, représenté par Me Gendre Rohrbach, avocate, interjette recours de droit administratif auprès du Tribunal cantonal, à l'encontre de la décision du 22 mai 2013. Il conclut, avec suite de frais et dépens, à l'annulation de la décision entreprise, ainsi que, principalement, au maintien de la rente entière d'invalidité octroyée par décision du 22 juin 2004 et confirmée par communication du 11 juin 2007 et, subsidiairement, au renvoi du dossier à l'autorité intimée pour complément d'instruction puis nouvelle décision. A l'appui de son recours, il expose en substance que les organes d'application ne sauraient procéder en tout temps à une nouvelle appréciation de la situation après un examen plus approfondi des faits. Compte tenu des circonstances de l'époque, il estime que la décision annulée paraît tout à fait soutenable, rendant sa reconsidération impossible. Il fait au surplus grief à l'OAI d'avoir reconnu une pleine valeur probante au rapport d'expertise du 30 avril 2012. Avec son recours, le recourant allègue le rapport médical du 21 juin 2013 des Drs H._____ et I._____ du Réseau, médecins spécialistes FMH en psychiatrie et

psychothérapie, qui ont confirmé le diagnostic de modification durable de la

Tribunal cantonal TC Page 3 de 15 personnalité après une expérience traumatique et attesté d'une incapacité de travail complète de leur patient. Par décisions incidentes des 31 juillet et 7 août 2013, la déléguée à l'instruction respectivement rejette la requête d'effet suspensif (605 2013 124), admet la requête d'assistance judiciaire gratuite totale pour la procédure de recours et désigne la mandataire choisie en qualité de défenseur d'office (605 2013 123). Dans ses observations du 28 janvier 2014, l'autorité intimée propose le rejet du recours. Elle expose que la rente entière a été initialement octroyée à l'assuré sans qu'une expertise médicale n'ait été diligentée; le dossier aurait ainsi été insuffisamment instruit, la décision initiale étant dès lors manifestement erronée. Dans ses contre-observations du 2 juin 2014, le recourant confirme ses allégations et réitère ses conclusions. Il verse au dossier le certificat du 19 août 2013 de la Dresse J. _____ du Réseau, médecin spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, laquelle diagnostique des troubles de l'adaptation (F43.2), une modification durable de la personnalité après accident de travail (F62.9) et des difficultés au logement et aux conditions économiques (Z59). L'autorité intimée, dans son écriture ampliative du 20 juin 2014, renonce à se déterminer plus avant et déclare également maintenir ses précédentes conclusions. La Cour de céans, envisageant de procéder à une révision procédurale ou à une révision matérielle du droit à la rente du recourant, invite le recourant à se déterminer sur ces éventuelles substitutions de motifs. Le recourant, par écriture du 1er juin 2015, souligne, d'une part, que l'expertise établie le 30 avril 2012 par le Dr D. _____ donne simplement une appréciation des faits différente de celle donnée à l'époque par les nombreux médecins auxquels l'OAI avait demandé de se prononcer et ne constitue dès lors pas un nouveau moyen de preuve ouvrant la voie de la révision procédurale; il expose, d'autre part, par surabondance de droit, que la possibilité d'opérer une révision procédurale ne serait plus ouverte, le délai absolu de dix ans étant arrivé à échéance le 22 juin 2014. En date du 22 juin 2015, le recourant dépose encore au dossier le certificat du 12 juin 2015 du Dr K. _____ du Réseau, médecin spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, lequel diagnostique un trouble de stress post-traumatique et estime que la reprise d'une activité professionnelle paraît très hypothétique. L'OAI, par écriture du 30 juillet 2015, expose que, dans la mesure où le certificat précité du Dr K. _____ n'apporte aucun élément de fait nouveau, une nouvelle demande du recourant se solderait par une non entrée en matière. Le 3 août 2015, se déterminant sur la question de la révision matérielle, le recourant fait valoir que sa situation médicale ne se serait guère améliorée entre 2007 et 2013, bien au contraire, et que les conséquences économiques des séquelles liées à l'invalidité sont elles aussi restées stationnaires. Il persiste dès lors dans ses conclusions. A réception du rapport médical du 21 juin 2013 des Drs H. _____ et I. _____ du Réseau qui lui était inconnu jusque-là, l'OAI l'a transmis à son service médical régional, puis, par écriture du 9 septembre 2015, a déposé la prise de position du 8 septembre 2015 de ce dernier au dossier. L'autorité intimée, par écrit du 13 août 2015, renonce à se déterminer plus avant et déclare maintenir ses conclusions.

Tribunal cantonal TC Page 4 de 15 Aucun autre échange d'écritures n'est ordonné entre les parties. Il sera fait état des arguments des parties, 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 auprès de l'autorité judiciaire compétente par un assuré directement touché par la décision attaquée et dûment représenté, le recours est recevable. 2. a) Aux termes de l'art. 8 al. 1 de la loi

fédérale 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 fédérale 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. 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 comme suit selon le taux de l'invalidité: un taux d'invalidité de 40% au moins donne droit à un quart de rente; lorsque l'invalidité atteint 50% au moins, l'assuré a droit à une demi-rente; lorsqu'elle atteint 60% au moins, l'assuré a droit à trois quarts de rente et lorsque le taux d'invalidité est de 70% au moins, il a droit à une rente entière (cf. art. 28 al. 2 LAI). b) 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. 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 a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 140 V 193 consid. 3.2; 105 V 156 consid. 1). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente (art. 29 al. 1 LAI). Les revenus avec et sans invalidité doivent alors être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles

Tribunal cantonal TC Page 5 de 15 d'influencer le droit à la rente survenues jusqu'au moment où la décision est rendue être prises en compte (arrêts du Tribunal fédéral 9C_399/2007 du 14 mars 2008 et I 138/05 du 14 juin 2006 consid. 6.2.1; ATF 128 V 174, 129 V 222). Lorsqu'il y a lieu d'indexer les revenus, il convient de se référer à l'évolution des salaires nominaux, de faire une distinction entre les sexes et d'appliquer l'indice relatif aux hommes ou aux femmes (ATF 129 V 408). c) 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 (arrêt du Tribunal fédéral I 946/05 du 11 mai 2007 publié in SVR 2007 IV no 44 p. 144; ATF 102 V 165 et les autres références citées). 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 lege artis sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 396 consid. 5.3 et 6). d) Pour accorder pleine valeur probante à un rapport médical, il est nécessaire que les points litigieux importants

aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (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 bien motivées (RAMA 1991 p. 311; VSI 1997 p. 121). En principe, n'est donc décisif, pour la valeur probatoire, ni l'origine, ni la désignation d'un moyen de preuve, mais bien son contenu (ATF 125 V 351 consid. 3a, 122 V 157 et les références citées). S'agissant enfin des rapports émanant des médecins traitants, l'ancien Tribunal fédéral des assurances a indiqué que le juge peut et doit même tenir compte du fait que ceux-ci, sous le couvert d'une relation de confiance issue du mandat qui leur a été confié, s'expriment, dans les cas douteux, plutôt dans un sens favorable à leurs patients (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). 3. Dans la présente occurrence, l'autorité intimée a, par décision du 22 mai 2013, informé l'intéressé que la décision du 22 juin 2004 était annulée à la suite d'un réexamen et que la rente serait dès lors supprimée dès le premier jour du deuxième mois qui suivrait la notification de la future décision. Si la notion de « réexamen » utilisée dans le dispositif de la décision querellée ne correspond à aucune institution juridique du droit des assurances sociales, l'autorité intimée a toutefois explicitement mentionné dans la motivation de la décision en cause qu'elle procédait à une reconsidération de la décision initiale ayant reconnu au recourant le droit à une rente entière de l'assurance-invalidité. a) L'art. 53 al. 2 LPGA prévoit en effet que l'assureur peut revenir sur les décisions ou les décisions sur opposition formellement passées en force lorsqu'elles sont manifestement erronées et que leur rectification revêt une importance notable (reconsidération). Selon la jurisprudence, pour juger s'il est admissible de reconsidérer pour le motif qu'une décision est sans doute erronée, il faut se fonder sur la situation juridique existant au moment où cette décision est rendue, compte tenu de la pratique en vigueur à l'époque (ATF 125 V 383 consid. 3 et les références citées). Par le biais de la reconsidération, on corrigera une application initiale erronée du droit, de même qu'une constatation erronée résultant de l'appréciation des faits. Un changement de pratique ou de jurisprudence ne saurait en principe justifier une reconsidération

Tribunal cantonal TC Page 6 de 15 (ATF 117 V 8 consid. 2c; 115 V 308 consid. 4a/cc). Pour des motifs de sécurité juridique, l'irrégularité doit être manifeste, de manière à éviter que la reconsidération devienne un instrument autorisant sans autre limitation un nouvel examen des conditions à la base des prestations de longue durée. En particulier, les organes d'application ne sauraient procéder en tout temps à une nouvelle appréciation de la situation après un examen plus approfondi des faits. Ainsi, une inexactitude manifeste ne saurait être admise lorsque l'octroi de la prestation dépend de conditions matérielles dont l'examen suppose un pouvoir d'appréciation, quant à certains de leurs aspects ou de leurs éléments, et que la décision initiale paraît admissible compte tenu de la situation antérieure de fait et de droit. S'il subsiste des doutes raisonnables sur le caractère erroné de la décision initiale, les conditions de la reconsidération ne sont pas remplies (arrêts du Tribunal fédéral 9C_7/2014 du 27 mars 2014 consid. 3.1; 9C_575/2007 du 18 octobre 2007 consid. 2.2; I 907/06 du 7 mai 2007 consid. 3.2.1). Une décision d'octroi de rente qui ne repose pas sur une instruction suffisante, à savoir sur une estimation médicale probante de la capacité de travail, n'est pas conforme au droit et, partant, est manifestement erroné au sens de la reconsidération (cf. arrêts du Tribunal fédéral 8C_918/2013 du 19 mars 2014 consid. 3.3.2 et 9C_307/2011 du 23 novembre 2011 consid. 3.2). b) Au moment où la décision reconsidérée a été rendue, à savoir le 22 juin 2004, la documentation médicale suivante avait été versée aux actes : - Le

rapport radiologique du 30 juin 2000 du Dr L._____, médecin spécialiste FMH en radiologie médicale, qui a constaté une discrète rotation axiale des vertèbres. - Le certificat du 21 septembre 2000 du Dr M._____, médecin spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, lequel a diagnostiqué une chondropathie traumatique de la rotule des deux côtés, de façon prédominante à gauche. - L'attestation du 30 octobre 2000 du Dr N._____, médecin spécialiste FMH en médecine générale, qui a constaté l'existence de céphalées, de troubles du sommeil, de vertiges, d'un état de panique lorsque le patient se retrouve seul (troubles psychiques post-traumatiques). - Le rapport opératoire du 10 novembre 2000 du Dr O._____, médecin spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, qui a opéré une cure du tunnel carpien droit. - Le rapport médical du 15 novembre 2000 du Dr P._____, médecin spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et médecin d'arrondissement de la SUVA, qui a retenu une chondropathie rotulienne et un état de stress post-traumatique. - Le certificat du 30 novembre 2000 du Dr Q._____, médecin spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, de la Clinique, qui a attesté d'un état de stress post-traumatique et prescrit un traitement anti-dépresseur. - Le certificat du 19 janvier 2001 du Dr R._____, médecin spécialiste FMH en médecine physique et rééducation, de la Clinique, qui a conclu à une incapacité de travail de 100 % comme manœuvre en génie civil, pour des raisons psychiatriques. - Le rapport médical intermédiaire du 15 mars 2001 du Dr N._____, qui a repris le diagnostic connu. - Les lettres à contenu médical des 20 avril et 4 mai 2001 du Dr O._____, qui a dit suspecter une récurrence du syndrome du tunnel carpien.

Tribunal cantonal TC Page 7 de 15 - Les lettre et rapport des 9 mai et 19 juin 2001 du Dr S._____, médecin spécialiste FMH en médecine générale, médecine psychosomatique et psychosociale et médecine du sport, qui a exposé que son patient s'était présenté le 14 avril 2001 aux urgences de l'Hôpital cantonal de Fribourg pour des céphalées, mais que l'examen neurologique, l'EEG et le CT-scan cérébral ont été normaux (voir le certificat du 14 avril 2001 du Dr T._____, médecin spécialiste FMH en anesthésiologie, ainsi que les rapports des 15 et 17 avril 2001 des Drs U._____ et V._____, médecins spécialistes FMH respectivement en neurologie et radiologie; cf. également le rapport d'EEG du 24 avril 2001 des Drs W._____ et X._____, neurologues, indiquant une lésion résiduelle touchant cliniquement les fibres sensibles du médian droit avec nette amélioration par rapport à l'examen précédent; un traitement conservateur est préconisé). Le Dr S._____ a retenu, comme diagnostic ayant des répercussions sur la capacité de travail, un état de stress post-traumatique depuis juin 2000, ainsi que, en tant que diagnostics sans une telle répercussion, une chondropathie rotulienne gauche et une tendinite du jumeau externe bilatérale. Il a conclu à une incapacité de travail entière du 13 au 25 juin 2000, du 28 juin au 2 juillet 2000, ainsi qu'à compter du 22 novembre 2000. - Le courrier à contenu médical du 10 mai 2001 des Drs Y._____ et Z._____, médecins spécialistes FMH en psychiatrie et psychothérapie, du Centre psycho-social de B._____, lesquels ont confirmé que l'état de santé de leur patient est stationnaire sous Seropram et Zyprexa (traitement antidépresseur et neuroleptique) et ont attesté que l'incapacité de travail demeurerait totale. - Le rapport médical des 19 et 21 juin 2001 du Dr N._____, lequel a derechef retenu un état de stress post-traumatique, une chondropathie rotulienne et une suspicion de récurrence du syndrome du tunnel carpien à droite après cure. Le médecin traitant a estimé que l'activité habituellement exercée par l'assuré n'était plus exigible de sa part, au contraire d'une activité de substitution adaptée. - Le courrier du 13 septembre 2001 des Drs Y._____ et Z._____, qui ont constaté une aggravation de la symptomatologie psychotique ayant

nécessité une augmentation de la dose du neuroleptique et, dès lors, confirmé l'incapacité de travail de 100 %. - Le rapport intermédiaire du 18 septembre 2001 du Dr S._____, qui a précisé que la tentative de reprise du travail s'est soldée par un échec complet, le patient refusant de retourner dans l'entreprise qu'il accuse d'être responsable de son accident et de ses maux. - Le rapport d'examen du 25 octobre 2001 du Dr P._____, médecin d'arrondissement de la SUVA, qui a repris les diagnostics connus et expressément réservé son bilan. - La lettre à contenu médical du 9 novembre 2001 du Dr O._____, consulté pour des douleurs et fourmillements dans la main droite, qui a proposé de confirmer l'évolution par un nouvel EMG. - Le certificat du 19 décembre 2001 du Dr S._____, selon lequel l'état de santé de son patient se serait amélioré, dans la mesure où un meilleur sommeil, une baisse des cauchemars et une nette régression des douleurs ont été constatés. Le médecin traitant a précisé que, théoriquement, son patient pourrait travailler avec un horaire à 100 % sans aucune limitation. - Les rapports médicaux des 5 février et 5 mars 2002 des Drs Y._____, et Z._____, lesquels ont diagnostiqué un état de stress post-traumatique (F43.1) ayant évolué vers une modification

Tribunal cantonal TC Page 8 de 15 durable de la personnalité (F62.1), existant depuis novembre 2000, et conclu à une incapacité de travail totale. - La lettre du 24 janvier 2002 du Dr O._____, qui a déclaré avoir prescrit une physiothérapie. - Le rapport intermédiaire 19 mars 2002 du Dr S._____, qui a constaté que sur le plan psychologique la situation était restée stationnaire. - Le rapport d'examen final SUVA du 11 juin 2002 du Dr P._____, qui a estimé que l'atteinte à l'intégrité s'élevait à 20 % (10 % pour le poignet droit et 10 % pour le genou gauche). - Le rapport médical intermédiaire du 18 juin 2002 des Drs Y._____, et Z._____, qui ont précisé que l'évolution demeurait défavorable et explicitement réservé leur pronostic. - Les certificats des 14 mai et 17 juin 2002 du Dr S._____, lequel a repris le diagnostic de stress post-traumatique, fait état d'une évolution lentement favorable et mentionné que les séquelles du tunnel carpien et du syndrome rotulien étaient modestes. - L'attestation du 27 juin 2002 du Dr P._____, qui a considéré qu'à ce jour la reprise d'une activité sur le chantier n'était plus exigible de la part de l'assuré, mais qu'une activité adaptée, de type industrielle, sur sol plat et sans port de charges lourdes, pouvait être exercée à plein temps. - Le rapport médical intermédiaire du 13 février 2003 des Drs Y._____, et Z._____, qui annoncent un état de santé amélioré depuis juin 2002. - Le rapport de stage du CEPAI du 17 juin 2003, dont il ressort que le stage en question a été écourté et que l'assuré a eu des étourdissements et est tombé dans les vestiaires. Sa persévérance au travail était moyenne, tout comme sa motivation. Le maître socio-professionnel a finalement estimé qu'une activité dans un atelier protégé serait mieux adaptée. - Le rapport médical intermédiaire du 4 septembre 2003 des Drs Y._____, et Z._____, qui ont rapporté une nouvelle aggravation de son état psychologique, diagnostiqué une modification durable de la personnalité (F62.1) faisant suite à un état de stress post-traumatique (F43.1) et dès lors conclu à une incapacité de travail totale. c) L'autorité intimée, dans ses observations, a fait valoir que la décision initiale était manifestement erronée, dans la mesure où le dossier du recourant n'avait pas été instruit à satisfaction de droit. Elle a exposé que la rente entière avait été octroyée du seul fait qu'un maître socio-professionnel avait estimé que l'assuré serait mieux dans un atelier protégé, alors que le médecin traitant du recourant avait constaté que son patient pouvait travailler à plein temps (cf. certificat du 19 décembre 2001 du Dr S._____,). Force est cependant de constater que plusieurs médecins, dont essentiellement les Drs Y._____, et Z._____, médecins psychiatres, ont à plusieurs reprises effectué une

estimation médicale approfondie et retenu une incapacité de travail de 100 % (cf. surtout le rapport médical intermédiaire du 4 septembre 2003 postérieur au rapport de stage dont l'autorité intimée fait mention). En outre, le droit à la rente entière a encore été confirmé par décision du 11 juin 2007, également sur l'avis d'un médecin psychiatre, la Dresse AA._____ (cf. son certificat du 14 juillet 2006), qui avait attesté que l'état psychique de son patient était resté stationnaire. Cela étant, la Cour de cassation retient que la décision du 22 juin 2004 n'a pas un caractère manifestement erroné au sens de la jurisprudence et que les conditions de la reconsidération ne sont donc pas remplies en l'espèce.

Tribunal cantonal TC Page 9 de 15 4. Il s'agit encore d'examiner si la décision entreprise peut être confirmée pour un autre motif, à savoir la révision formelle ou procédurale. a) Selon l'art. 53 al. 1 LPGA, les décisions et les décisions sur opposition formellement passées en force sont soumises à révision si l'assuré ou l'assureur découvre subséquentement des faits nouveaux importants ou trouve des nouveaux moyens de preuve qui ne pouvaient être produits auparavant (révision formelle ou procédurale). La notion de faits ou moyens de preuve nouveaux s'apprécie de la même manière en cas de révision (procédurale) d'une décision administrative (art. 53 al. 1 LPGA), de révision d'un jugement cantonal (art. 61 let. i LPGA) ou de révision d'un arrêt fondée sur l'art. 123 al. 2 let. a LTF (arrêt du Tribunal fédéral 9C_764/2009 du

E. 26

mars 2010 consid. 3.1). Sont « nouveaux » au sens de ces dispositions, les faits qui se sont produits jusqu'au moment où, dans la procédure principale, des allégations de faits étaient encore recevables, mais qui n'étaient pas connus de l'assuré ou de l'assureur malgré toute sa diligence. En outre, les faits nouveaux doivent être importants, c'est-à-dire qu'ils doivent être de nature à modifier l'état de fait qui est à la base de l'arrêt entrepris et à conduire à un jugement différent en fonction d'une appréciation juridique correcte (ATF 134 III 669 consid. 2.2 p. 671 et les références citées). Les preuves, quant à elles, doivent servir à prouver soit les faits nouveaux importants qui motivent la révision, soit des faits qui étaient certes connus lors de la procédure précédente, mais qui n'avaient pas pu être prouvés. Dans ce contexte, le moyen de preuve ne doit pas servir à l'appréciation des faits seulement, mais à l'établissement de ces derniers. Il faut des éléments de fait nouveaux, dont il résulte que les bases de la décision entreprise comportaient des défauts objectifs (ATF 127 V 353 consid. 5b et les références citées; arrêts du Tribunal fédéral 8F_9/2010 du 10 mars 2011 consid. 3.1 et 8C_934/2009 du 24 février 2010 consid. 2.1). Aux termes de l'art. 55 al. 1 LPGA, les points de procédure qui ne sont pas réglés de manière exhaustive aux art. 27 à 54 LPGA ou par les dispositions des lois spéciales sont régis par la loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative (PA; RS 172.021). Selon l'art. 67 al. 1 PA, la demande doit être adressée par écrit à l'autorité de recours dans les 90 jours qui suivent la découverte du motif de révision, mais au plus tard dix ans après la notification de la décision sur recours. La jurisprudence considère que les règles sur les délais prévues à l'art. 67 PA s'appliquent, en vertu de l'art. 55 al. 1 LPGA, à la révision (procédurale) d'une décision administrative selon l'art. 53 al. 1 LPGA (arrêts TF 8C_501/2014 du 5 août 2015 et les références citées; U 120/06 du 13 mars 2007 consid. 4.1 et les références citées). b) En l'occurrence, dans leur rapport d'expertise pluridisciplinaire du 30 avril 2012, les Drs D._____ et E._____ ont laissé entendre que le résultat de leur bilan neuropsychologique pouvait corroborer la production intentionnelle de symptômes en 2003 et que la capacité de travail exigible aurait toujours été complète depuis 2001. Se pose ainsi

la question de savoir si l'expertise précitée peut être considérée comme un moyen de preuve nouveau pouvant ouvrir la voie de la révision formelle. La Cour de céans estime, à l'instar du recourant (voir sa prise de position du 1er juin 2015), qu'il sied de répondre à cette question par la négative. En effet, ainsi qu'exposé ci-avant (cf. supra consid. 3c), les Drs Y._____ et Z._____, médecins spécialistes en psychiatrie, ont à réitérées reprises retenu une incapacité de travail de 100 %, la Dresse AA._____, également spécialisée dans ce domaine de la médecine, ayant en 2006 encore confirmé que l'état psychique de son patient était resté stationnaire. L'on ne saurait dès lors raisonnablement suivre le Dr D._____ qui, près de dix ans plus tard, laisse entendre que l'assuré produisait déjà intentionnellement des symptômes au moment de la décision initiale du 22 juin 2004. Sur ce point, l'expertise du 30 avril 2012 doit effectivement être considérée comme une appréciation des faits

Tribunal cantonal TC Page 10 de 15 différente de celle donnée à l'époque par les nombreux médecins auxquels l'OAI avait demandé de se prononcer et ne constitue donc pas un nouveau moyen de preuve ouvrant la voie de la révision procédurale. En tout état de cause, le délai relatif de nonante jours prévu par l'art. 67 PA semble échu dans la présente espèce, attendu que l'office a pris connaissance du rapport d'expertise pluridisciplinaire du Centre en mai 2012 mais que la décision attaquée date du 22 mai 2013, soit un an plus tard. 5. Enfin, il convient d'examiner si la décision entreprise peut être confirmée au motif de la révision matérielle. a) Aux termes de 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 130 V 343 consid. 3.5). 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 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (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. arrêt du Tribunal fédéral 9C_46/2009 du 14 août 2009 consid. 3.1 publié in SVR 2010 IV n° 4 p. 7; 9C_910/2010 du 7 juillet 2011 consid. 3.2 a contrario). b) Pour déterminer si le droit à la rente d'invalidité du recourant doit faire l'objet d'une révision matérielle, son état de santé au moment de la dernière décision ayant matériellement examiné son droit à la rente doit être comparé avec son état de santé au moment de la décision portée céans, ce qui relève d'une appréciation médicale de sa situation. Dans la présente espèce, la dernière décision ayant confirmé le droit à la rente est celle du 11 juin 2007, qui a reconduit le droit du recourant à une rente entière fondée sur un taux d'invalidité inchangé de 94 %. Elle se base cependant uniquement sur l'avis du psychiatre traitant – la Dresse AA._____ – qui, dans

son certificat du 14 juillet 2006, a attesté que l'état psychique de son patient est resté stationnaire. La situation clinique du recourant au 22 juin 2004, qui a été précédemment décrite (supra consid. 3b), doit dès lors également être prise en considération. Dans le cadre de la révision d'office lancée en 2011, l'autorité intimée a diligenté une expertise psychiatrique auprès du Dr D. _____, médecin spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie. Par courrier du 15 juillet 2011, ce médecin a signifié à l'autorité intimée qu'il avait constaté de nombreuses incohérences et contradictions dans l'anamnèse, qu'une palette de symptômes du domaine cognitif et neurologique nécessiterait probablement des examens

Tribunal cantonal TC Page 11 de 15 supplémentaires et qu'il avait des difficultés à obtenir une entière collaboration du recourant. Une expertise pluridisciplinaire a dès lors été ordonnée. Dans leur rapport d'expertise pluridisciplinaire du 30 avril 2012, les Drs D. _____, précité, et E. _____, spécialiste FMH en neurologie, du Centre, ont retenu les diagnostics de production intentionnelle de symptômes physiques et psychiques (F68.1), de dysthymie/dysphorie (F34.1), de status 11 ans après cure de tunnel carpien droit, d'évolution favorable, ainsi que de status 11 ans après chondropathie rotulienne traumatique bilatérale prédominant à gauche. Ils ont à cet égard précisé qu'une dysthymie ne justifiait pas une incapacité de travail et que le premier diagnostic n'appartenait pas au domaine médical. Les experts ont finalement conclu à l'existence d'une capacité de travail complète dans l'activité professionnelle exercée précédemment par le recourant, avec une possible diminution de rendement de 20 % au plus. A leur sens, « Face aux tâches, les incapacités sont massives, aucune tâche n'est terminée; elles ne sont parfois même pas ébauchées. De tels troubles, s'ils étaient consécutifs à des lésions cérébrales, impliqueraient des lésions diffuses de grande étendue. Ceci étant, on note que les comportements [du patient] ne sont pas typiques de ce qu'on peut observer, même dans une maladie d'Alzheimer d'intensité moyenne. Ces troubles ne sont pas non plus typiques d'une atteinte de l'humeur, même sévère, ni d'un trouble anxieux, même intense. Ils ne ressemblent pas non plus à ce qu'on peut observer chez des patients schizophrènes ou souffrant d'états psychotiques. On ne peut donc que les relier à des causes comportementales, qui ne constituent pas par elle[s]-même[s] une atteinte neuropsychologique mais correspondent, au moins en partie, à une production volontaire de symptômes. [...] Sur le plan neurologique, l'étude du dossier à disposition (CT-scan cérébral normal en 2001), l'atypie des symptômes et signes constatés au présent bilan et le contexte psychologique permettent de conclure que les troubles constatés sont sans substrat somatique documentable. Le résultat du bilan neuropsychologique conforte l'appréciation du neurologue en démontrant des troubles neuropsychologiques majeurs mais incohérents, sans substrat somatique – notamment post-traumatique – objectivable. [...] Sur le plan psychique, le tableau clinique présenté par [le patient] ressemble à la description de son comportement en atelier en 2003 : attitudes physico-psychiques très particulières avec instabilité positionnelle, mimétismes de la situation d'accident, comportements d'évitement, démonstrations diverses de son mal-être et manque de collaboration à plusieurs niveaux. Les comportements ont varié entre l'examen psychiatrique du 23.10.2011 et celui du 15.12.2011, avec à chaque fois de nombreuses contradictions et incohérences. Le neurologue et le neuropsychologue qui ont participé à l'expertise ont fait les mêmes constatations. [...] Ces anomalies sont d'une telle ampleur qu'elles dépassent celles que l'on trouve par exemple en cas de maladie Alzheimer avancée ou en cas d'un trouble de l'humeur même sévère. Or, l'examen neurologique est quasiment normal et il n'y a pas d'éléments pour une dépression. Une telle perturbation

neuropsychologique n'est pas compatible avec la lecture d'un journal ou avec l'aide que [le patient] dit apporter parfois à ses enfants - qui ont tous plus de 10 ans - pour la lecture. Le tableau présenté par [le patient] n'est donc attribuable à aucune maladie psychique, neurologique ou neuropsychologique connue. Il est lié à des causes comportementales. [...] Les comportements face aux tâches ne sont typiques d'aucune atteinte spécifique, qu'elle soit organique cérébrale ou psychiatrique. L'examen est rendu quasi impossible par des comportements et symptômes dont on doit conclure qu'ils sont produits volontairement par l'expertisé. [...] Aucune limitation n'est objectivable sur le plan médical au terme du présent bilan ». Le rapport médical intermédiaire du 9 avril 2013 des Drs H. _____ et AB. _____ du Réseau, médecins spécialistes FMH en psychiatrie et psychothérapie, a encore été versé aux actes. Ces

Tribunal cantonal TC Page 12 de 15 médecins ont confirmé les diagnostics précédemment énoncés et conclu à une incapacité de travail totale de l'assuré dans toute activité, sans toutefois prendre position sur les conclusions de l'expertise du Centre. Dans sa prise de position du 13 mai 2013, le Dr AC. _____, médecin spécialiste FMH en médecine générale, du Service médical régional (SMR), a considéré que le rapport d'expertise du Centre était probant et devait avoir préséance sur celui du 9 avril 2013 du Réseau. Avec son recours, le recourant a produit le rapport médical du 21 juin 2013 des Drs H. _____ et I. _____ du Réseau, médecins spécialistes FMH en psychiatrie et psychothérapie, qui ont confirmé le diagnostic de modification durable de la personnalité après une expérience traumatique, attesté d'une incapacité de travail complète de leur patient, indiqué qu'ils ne partageaient pas l'avis des experts selon lesquels le tableau clinique de l'assuré ne serait attribuable à aucune maladie psychique, neurologique ou neuropsychologique et, finalement, estimé qu'il était peu probable que la symptomatologie soit le résultat d'une production volontaire. Avec ses contre-observations du 2 juin 2014, le recourant a encore déposé aux actes le certificat du 19 août 2013 de la Dresse J. _____ du Réseau, médecin spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, laquelle a diagnostiqué des troubles de l'adaptation (F43.2), une modification durable de la personnalité après accident de travail (F62.9) et des difficultés au logement et aux conditions économiques (Z 59). Le 22 juin 2015, le recourant a produit le certificat du Dr K. _____ du Réseau, médecin spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, lequel a diagnostiqué un trouble de stress post-traumatique et estimé que la reprise d'une activité professionnelle paraissait très hypothétique. Prenant position sur le certificat précité du Dr K. _____, le Dr AD. _____, médecin spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, du SMR, a considéré qu'il n'amenait aucun élément de fait nouveau. De l'avis de ce spécialiste, l'appréciation diamétralement opposée entre le psychiatre traitant et les experts résulte du fait que le psychiatre traitant se base sur un postulat de sincérité; or, ledit postulat ne serait évidemment pas applicable dans le cas d'une production intentionnelle ou simulation de symptômes. En date du 8 septembre 2015 enfin, le Dr AD. _____, du SMR, a pris position sur le rapport médical du 21 juin 2013 des Drs H. _____ et I. _____ du Réseau qui était inconnu de l'OAI jusque-là. Le psychiatre, soulignant diverses contradictions dans ledit rapport, a conclu que ce dernier n'avait pas vocation à modifier l'appréciation de l'office. c) Le rapport d'expertise pluridisciplinaire produit dans la présente espèce est bien plus détaillé que toutes les autres pièces figurant au dossier; il se fonde sur des examens complets et a été établi en pleine connaissance du dossier, après que les médecins ont personnellement – à deux reprises – reçu le recourant. Il prend également en considération les plaintes exprimées par ce dernier et les points litigieux importants ont

fait l'objet d'une étude fouillée. L'appréciation médicale est claire. Le rapport d'expertise ne présente aucune contradiction interne, chaque conclusion ayant fait l'objet d'une motivation étendue et univoque. Il n'y a, au demeurant, pas lieu de donner préséance aux certificats émanant des médecins du Réseau. En effet, ceux-ci, par trop succincts, n'ont pas la valeur probante d'une expertise et émanent de médecins traitants, qui, sous le couvert d'une relation de confiance issue du mandat qui leur a été confié, ont tendance à s'exprimer, dans les cas douteux, plutôt dans un sens favorable à leurs patients (cf. supra consid. 2d).

Tribunal cantonal TC Page 13 de 15 Dans ses écritures successives, le recourant, remettant en cause la valeur probante de l'expertise du Centre, a d'une part, fait valoir que les experts avaient évoqué quelques difficultés à établir un diagnostic. Les experts sollicités ont certes mentionné qu'il était « difficile de déterminer s'il existe une anxiété » et que la « personnalité [de l'assuré] est difficile à cerner »; il va en effet de soi que, dans la mesure où les experts étaient confrontés à une production intentionnelle des symptômes, leur tâche était rendue plus difficile et délicate. La qualité de leur appréciation et la pertinence de leurs conclusions ne sauraient toutefois être remises en cause. Les experts, après avoir requis un second examen de l'assuré et l'aide d'un interprète, ont tout d'abord décelé la production intentionnelle des symptômes; ils ont ensuite clairement, longuement et à répétitions exposé que les troubles neuropsychologiques constatés étaient incohérents et dépourvus de tout substrat somatique, n'étaient pas objectivables sur le plan médical et ne correspondaient pas aux déclarations du recourant. L'examen neurologique a d'ailleurs été jugé quasiment normal et aucun élément n'a indiqué l'existence d'une dépression. C'est le lieu de noter que les Drs D. _____ et E. _____ n'ont pas retenu le diagnostic de stress post-traumatique, à telle enseigne que la nouvelle jurisprudence du Tribunal fédéral rendue en matière de trouble somatoforme douloureux (arrêt du Tribunal fédéral 9C_492/2014 du 3 juin 2015) n'a pas d'incidence dans la présente espèce. Le recourant a, d'autre part, avancé que les conclusions des médecins du Centre n'étaient pas claires, puisqu'en retenant que la cause de ses comportements « correspondait au moins en partie à une production volontaire de symptômes », ils laissaient entendre que des causes médicales étaient également à l'origine desdits comportements sans toutefois les énumérer. Cette argumentation ne résiste pas à l'examen. L'appréciation médicale et les conclusions de l'expertise sont univoques : l'unique diagnostic susceptible d'avoir une influence sur la capacité de travail ou le rendement de l'assuré est la dysthymie ou dysphorie. Or, dans leurs conclusions puis réponses aux questions de l'autorité intimée, les experts ont exposé que le recourant présentait bien une dysthymie ou dysphorie pouvant expliquer certains symptômes, mais qu'elle ne saurait justifier une quelconque incapacité de travail; les experts ont ensuite retenu que ce diagnostic pouvait dans le cas d'espèce tout de même entraîner une diminution de rendement de 20 % au maximum. Il convient, au surplus, de noter que le recourant a, dans le cadre de la présente procédure de recours, versé au dossier des nouveaux certificats, posant notamment un nouveau diagnostic susceptible d'avoir une influence sur sa capacité de travail, à savoir des troubles de l'adaptation (F43.2). Attendu toutefois que ledit diagnostic a été posé postérieurement à la décision attaquée, il ne fait pas partie de l'objet de la contestation (cf. ATF 132 V 215 consid. 3.1.1; 121 V 366 consid. 1b; 116 V 248). Si toutefois l'état de santé du recourant devait s'être péjoré durablement après le 22 mai 2013, il lui appartiendra de le faire valoir en déposant une nouvelle demande auprès de l'autorité intimée. Eu égard à ce qui précède, la Cour de céans retient que le rapport d'expertise du Centre a une pleine valeur probante, fait siennes les conclusions dudit rapport et considère dès lors qu'à ce jour, tant sur le plan physique que sur le plan

psychiatrique ou neuropsychologique, le recourant est apte à reprendre son activité habituelle à plein temps, avec toutefois une diminution de rendement de 20 % au plus, en raison d'une dysthymie/dysphorie. Cela étant, s'il a certes été admis que l'expertise du 30 avril 2012 du Dr D. _____ devait être considérée comme une appréciation des faits différente de celle donnée lors de l'octroi initial de la rente d'invalidité par les nombreux médecins auxquels l'OAI avait demandé de se prononcer, il n'en demeure pas moins que les médecins sollicités avaient retenu une incapacité de travail de 100 % de l'assuré, en raison d'une modification durable de la personnalité faisant suite à un état de stress post-traumatique. Il faut

Tribunal cantonal TC Page 14 de 15 donc admettre qu'une amélioration de la symptomatologie entraînant une amélioration de la capacité de travail du recourant sont intervenues entre le 22 juin 2004 et le 22 mai 2013, ce qui justifie une révision matérielle de son droit à la rente en application de l'art. 17 LPGA. 6. Le taux d'invalidité résultant de la diminution de rendement retenue doit encore être déterminé. Les conditions fixées par la jurisprudence du Tribunal fédéral dans un arrêt de principe publié aux ATF 104 V 135 consid. 2b (et confirmée ultérieurement à plusieurs reprises, par ex. dans l'arrêt du 11 mai 2012 8C_282/2012, consid. 7) relatives à une comparaison en pourcent ("Prozentvergleich") entre les salaires de valide et d'invalides sont réalisées en l'espèce, l'assuré ne devant pas changer de branche professionnelle. Le recourant présente ainsi un taux d'invalidité de 20 % au plus, taux insuffisant pour maintenir son droit à une rente d'invalidité. 7. a) Partant, le recours doit être rejeté et la décision querellée confirmée, par substitution de motifs. Les frais de justice, fixés à 800 francs, sont mis à la charge du recourant. Ils ne sont toutefois pas perçus dans la mesure où l'assistance judiciaire gratuite totale a été octroyée. b) Conformément aux art. 145 ss du code du 23 mai 1991 de procédure et de juridiction administrative (CPJA; RSF 150.1) et du tarif du 17 décembre 1991 des frais de procédure et des indemnités en matière de juridiction administrative (Tarif/JA; 150.12), sur le vu de la liste de frais produite le 3 août 2015 par Me Gendre Rohrbach ainsi que de la difficulté et de l'importance relatives du litige, il se justifie de fixer l'indemnité à laquelle cette dernière a droit à 5'549 fr. 40, à savoir 30 heures 50 minutes à 180 francs de l'heure, plus 208 fr. 10 au titre de débours (dont 248 photocopies à 40 centimes et non pas à 1 franc pièce), plus 460 fr. 60 au titre de la TVA à 8 %; la facture du RFSM de 61 fr. 80, dans la mesure où elle ne correspond pas à des frais du défenseur d'office, n'est pas prise en compte. Cette indemnité totale de 6'218 fr. 10 est intégralement à la charge de l'Etat de Fribourg. la Cour arrête: I. Le recours est rejeté. II. Les frais de justice sont fixés à 800 francs. Ils ne sont toutefois pas perçus, A. _____ étant au bénéfice de l'assistance judiciaire gratuite totale. III. L'indemnité allouée à Me Carine Gendre Rohrbach, en sa qualité de défenseur d'office, est fixée à 5'549 fr. 40, plus un montant de 208 fr. 10 au titre de débours, plus 460 fr. 60 au titre de la TVA à 8%, soit à un total de 6'218 fr. 10. Elle est intégralement à la charge de l'Etat de Fribourg. IV. Communication.

Tribunal cantonal TC Page 15 de 15 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 30 septembre 2015/YHO Présidente Greffier-stagiaire

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