

FR_GERICHTE 605 2017 120 vom 5. Dezember 2017

FR Kantonsgericht, 2017-12-05, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_605_2017_120

FR: FR_GERICHTE 605 2017 120 du 5 décembre 2017

IT: FR_GERICHTE 605 2017 120 del 5 dicembre 2017

Regeste

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

Erwägungen

E. 1

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

E. 2

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

Tribunal cantonal TC Page 4 de 14 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 une jurisprudence constante, 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). b) Selon l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et si au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins. En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40% au moins. La rente est échelonnée comme suit selon le taux de l'invalidité: un taux d'invalidité de 40% au moins donne droit à un quart de rente; lorsque l'invalidité atteint 50% au moins, l'assuré a droit à une demi-rente; lorsqu'elle atteint 60% au moins, l'assuré a droit à trois-quarts de rente et lorsque le taux d'invalidité est de 70% au moins, il a droit à une rente entière. 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; cf. aussi ATF 127 V 294 consid. 4c i. f.). La reconnaissance de l'existence d'une

atteinte à la santé psychique, de troubles somatoformes douloureux persistants ou de fibromyalgie, suppose également la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant selon les règles de l'art sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 141 V 281 consid. 2.1 et 2.1.1; 130 V 396 consid. 5.3 et 6). Dans le cadre des douleurs de nature somatoforme, la Haute Cour a souligné que l'analyse doit tenir compte des facteurs excluant la valeur invalidante à ces diagnostics (ATF 141 V 281 consid. 2.2, 2.2.1 et 2.2.2). On conclura dès lors à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable (par exemple une discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact) (ATF 141 V 281 consid. 2.2.1; 132 V 65 consid. 4.2.2; 131 V 49 consid. 1.2). Selon l'ATF 141 V 281, la capacité de travail réellement exigible des personnes concernées doit être évaluée dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurée et sur la base d'une vision d'ensemble, à la lumière des circonstances du cas particulier et sans résultat prédéfini. Cette évaluation doit se dérouler en tenant compte d'un catalogue d'indices qui rassemble les éléments essentiels propres aux troubles de nature psychosomatique. La phase diagnostique devra mieux prendre en considération le fait qu'un diagnostic de "trouble somatoforme" présuppose un degré certain de gravité. Le déroulement et l'issue des traitements

Tribunal cantonal TC Page 5 de 14 thérapeutiques et des mesures de réadaptation professionnelle fourniront également des conclusions sur les conséquences de l'affection psychosomatique. Il conviendra également de mieux intégrer la question des ressources personnelles dont dispose la personne concernée, eu égard en particulier à sa personnalité et au contexte social dans lequel elle évolue. Joueront également un rôle essentiel les questions de savoir si les limitations alléguées se manifestent de la même manière dans tous les domaines de la vie (travail et loisirs) et si la souffrance se traduit par un recours aux offres thérapeutiques existantes. Par contre, 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). Dans le contexte des troubles somatoformes, le Tribunal fédéral a précisé que ces facteurs peuvent avoir des effets sur les ressources à disposition de l'assuré pour lui permettre de surmonter son atteinte à la santé

(ATF 141 V 281 consid. 3.4.2.1). c) Selon l'art. 17 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision. La rente peut ainsi être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain (ou d'exercer ses travaux habituels) ont subi un changement important (ATF 109 V 108 consid. 3b, 107 V 219 consid. 2, 105 V 29 et les références, VSI 1996 p. 188 consid. 2d). Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient lorsque la décision initiale de rente a été rendue avec les circonstances régnant à l'époque du prononcé de la décision litigieuse (ATF 130 V 351 consid. 3.5.2, 125 V 369 consid. 2 et la référence; voir également ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). Le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une révision correspond à la dernière décision qui repose sur un examen matériel du droit à la rente, avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit (ATF 133 V 108 consid. 5.4 p. 114 cité par la juridiction cantonale). 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).

Tribunal cantonal TC Page 6 de 14 d) Selon la let. a al. 1 des dispositions finales de la modification du 18 mars 2011 (6e révision de l'AI, premier volet) de la LAI, les rentes octroyées en raison d'un syndrome sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique seront réexaminées dans un délai de trois ans à compter de l'entrée en vigueur de la présente modification. Si les conditions visées à l'art. 7 LPGA ne sont pas remplies, la rente sera réduite ou supprimée, même si les conditions de l'art. 17 al. 1 LPGA ne sont pas remplies. L'al. 4 de la let. a précise que l'al. 1 ne s'applique pas aux personnes qui ont atteint 55 ans au moment de l'entrée en vigueur de la présente modification, ou qui touchent une rente de l'assurance-invalidité depuis plus de quinze ans au moment de l'ouverture de la procédure de réexamen. Un arrêt du Tribunal fédéral a précisé les conditions auxquelles un réexamen du droit de la rente sur la base de la let. a al. 1 des dispositions finales pouvait avoir lieu (ATF 139 V 547 consid. 10). Ainsi, il n'est pas nécessaire qu'une modification notable de l'état de santé au sens de l'art. 17 LPGA soit intervenue. En outre, la rente d'invalidité versée jusqu'ici doit avoir été accordée uniquement ("ausschliesslich") en raison d'un syndrome sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique, au nombre desquels on compte les troubles somatoformes douloureux. Au moment de la révision, seul ce diagnostic doit subsister; il convient également d'examiner si l'état de santé s'est dégradé (consid. 10.1.2 de l'arrêt cité). Enfin, il faut vérifier si les critères permettant de conclure au caractère invalidant du trouble somatoforme douloureux sont remplis (consid. 10.1.3 de l'arrêt cité).

E. 3

a) Dans le droit des assurances sociales, la règle du degré de vraisemblance prépondérante est généralement appliquée. Dans ce domaine, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré

seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 353 consid. 5b; 125 V 193 consid. 2 et les références citées; arrêt TF 8C_704/2007 du 9 avril 2008 consid. 2; ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a). Si, malgré les moyens mis en œuvre d'office par le juge pour établir la vérité du fait allégué par une partie, conformément au principe inquisitoire, ou par les parties selon le principe de leur obligation de collaborer, la preuve de ce fait ne peut être rapportée avec une vraisemblance prépondérante pour emporter la conviction du tribunal, c'est à la partie qui entendait en déduire un droit d'en supporter les conséquences (DTA 43/1996-1997 n°17 p. 83 consid. 2a; 39/1991 n°11 p. 99 et 100 consid. 1b; 38/1990 n°12 p. 67 consid. 1b et les arrêts cités; ATF 115 V 113 consid. 3d/bb). Dans cette mesure, en droit des assurances sociales, le fardeau de la preuve n'est pas subjectif, mais objectif (RCC 1984 p. 128 consid. 1b). La jurisprudence dite des "premières déclarations ou des déclarations de la première heure" s'applique de manière générale en matière d'assurances sociales (cf. arrêts TF 9C_649/2008 du 31 août 2009 consid. 3; 8C_187/2008 du 7 octobre 2008 consid. 2.2; C 212/06 du 26 septembre 2007 consid. 2.3.2; U 45/07 du 2 mai 2007 consid. 3.3; B 23/06 du 20 avril 2007 consid. 5.1; K 106/94 du 4 janvier 1995 consid. 2b). Ce principe veut que, en présence de deux versions différentes et contradictoires d'un fait, la préférence soit accordée à celle que l'assuré a donnée

Tribunal cantonal TC Page 7 de 14 alors qu'il en ignorait peut-être les conséquences juridiques, les explications nouvelles pouvant être consciemment ou non le fruit de réflexions ultérieures (ATF 121 V 45 consid. 2a). b) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge en cas de recours) a besoin d'informations que seul le médecin est à même de lui fournir. La tâche de ce dernier consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est capable ou incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; 114 V 310 consid. 3c). 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). 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). Par ailleurs, l'on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou un juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire (arrêt TF 9C_201/2007 du 29 janvier 2008). Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 353 consid. 3b/ee). Selon la jurisprudence, un rapport médical établi sur la base d'un dossier a valeur probante si ledit dossier contient suffisamment d'appréciations médicales, qui elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (RAMA 2001 no U 438 p. 345; arrêt TF U 233/02 du 14 juin 2004 consid. 3.1).

E. 4

Le litige porte sur l'évolution du taux d'invalidité de l'assuré, particulièrement sur l'évolution de sa capacité de travail résiduelle.

Tribunal cantonal TC Page 8 de 14 Partant, il s'agit de comparer ici les faits qui prévalaient lors de l'octroi de la rente entière, par décision du 25 septembre 2002, avec ceux existant au moment de la décision attaquée près de quinze ans plus tard, le 24 avril 2017. En d'autres termes, il s'agit de vérifier si l'état de santé du recourant s'est ou non modifié entre ces deux dates au point de devoir entraîner une diminution de sa perte de gain dans la mesure indiquée ci-dessus. Il est, partant, nécessaire de rappeler les circonstances ayant présidé l'octroi initial d'une rente entière. On le rappelle, les médecins du recourant diagnostiquaient un "syndrome lombo-vertébral". Si le Dr H. _____, spécialiste FMH en médecine interne générale, déclarait son patient invalide dans son ancienne activité d'ouvrier régleur, le médecin ne se prononçait pas sur la capacité de travail dans une activité adaptée (dossier OAI, p. 635). Pour leur part, les médecins de I. _____ estimaient que leur patient devait être en mesure de reprendre une activité lucrative légère et permettant l'alternance des positions (dossier OAI, p. 585 et 612). L'octroi d'une rente n'était dès lors pas essentiellement dicté par des motifs somatiques. Par contre, dans la mesure où les médecins de I. _____ mentionnaient l'existence de troubles d'ordre psychique, l'OAI a diligenté une expertise auprès du Dr C. _____. Celui-ci a retenu les diagnostics d'"Ängstlich-depressive Entwicklung, z.Z. leichte Episode ICD-10 F32.0, mit somatoformer Überlagerungs- und Amplifikationstendenz bei Lumbovertebralsyndrom und Lumboischialgie re ohne radikuläre Beeinträchtigung; Logoreunose (Stottern); migrative Faktoren". Il a alors estimé que la capacité de travail de l'assuré dans son ancienne activité était de 50% sans thérapie psychiatrique et de minimum 70% avec une thérapie adéquate, réservant les restrictions formulées sur le plan somatique (expertise du 3 octobre 2000, dossier OAI, p. 589). Suite à cette expertise, l'office a organisé un stage d'observation auprès de J. _____. Dans leur rapport du 11 décembre 2001, les responsables du centre relevaient que le recourant était dans l'"impossibilité à maintenir la même position de travail plus de 15-20 minutes", mais qu'il prenait des "positions peu ergonomiques" lesquelles péjoraient son endurance. Ils précisaient également que la "prise quotidienne de neuroleptiques [ralentissait] considérablement son rythme de travail". Il concluait "qu'il

n'[était] pas envisageable pour [le recourant] de retourner dans l'économie libre. Il n'arriverait pas à répondre aux exigences demandées, même avec un temps de travail à 50%" (dossier OAI, p. 554). C'est ce qui a mené l'OAI à retenir que son assuré n'était plus en mesure de travailler et à évaluer son degré d'invalidité à 89% (dossier OAI, p. 540). L'administration n'a pas procédé en amont des diverses communications à un nouvel examen matériel du droit à la rente de l'assuré avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit.

E. 5

Compte tenu de ce qui précède, il convient d'examiner si l'état de santé du recourant justifie encore l'octroi d'une rente entière de l'assurance-invalidité. a) Sur le plan rhumatologique, dans son expertise du 10 mai 2012, le Dr E._____, spécialiste FMH en rhumatologie et en médecine interne générale, diagnostique des "lombopyalgies chroniques et cristallisées sans signe radiculaire irritatif ou déficitaire – minime discopathie L5-21" qui influencent la capacité de travail de l'assuré. En raison de ces troubles,

Tribunal cantonal TC Page 9 de 14 l'assuré présente une limitation fonctionnelle comportant les mouvements répétitifs en porte-à-faux, avec long bras de levier, les mouvements d'antéversion, le port de charge de plus de 10kg répétitifs. A ce titre, il considère que le recourant n'est plus en mesure d'exercer son ancienne activité dans le génie civil mais que, dans une activité adaptée à ses limitations, sa capacité de travail demeure entière, sans diminution de rendement. Il donne l'exemple d'activités telles que: accueil, sécurité, magasinier d'objets légers, vente d'objets légers ou de nourriture légère (dossier OAI, pièce 234). Dans son arrêt du 24 août 2015 (605 2013 26), la Cour de céans avait confirmé la valeur probante de ce rapport. Il peut être renvoyé à ses considérants sur ce point. Les remarques précédemment émises à l'encontre des avis médicaux des médecins traitants – dont le recourant se prévaut également dans le cadre de la présente procédure – doivent en revanche être rappelées. A cet égard, la Cour avait déjà relevé que l'expert-rhumatologue écartait de manière convaincante les thèses défendues par les médecins traitants du recourant, les Drs H._____ et K._____, tous deux spécialistes FMH en médecine interne générale, lesquels ne distinguaient en particulier pas les troubles somatiques des troubles psychiatriques. Quant aux critiques du Dr L._____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, on souligne qu'il n'appartient pas à un expert-rhumatologue de se prononcer dans le détail sur des troubles psychiatriques pour lesquels il n'est pas spécialisé. Il n'est pas nécessaire de revenir plus avant sur cette question. b) Dans le cadre du recours déposé devant l'instance de céans, le recourant soutient souffrir de troubles neurologiques lesquels justifieraient le renvoi du dossier pour instruction complémentaire. Il se prévaut d'un rapport du Dr M._____, spécialiste FMH en neurologie, lequel atteste du suivi pour un "syndrome radiculaire irritatif L5 droit" qui l'empêche d'exercer son ancienne activité (bordereau, pièces 8 et 12). Il ne démontre toutefois pas dans quelle mesure ces troubles lombaires l'empêcheraient d'exercer une activité adaptée telle que retenue par le Dr E._____, étant relevé que celui-ci tient justement compte de troubles d'ordre rhumatologiques au même endroit et les limitations fonctionnelles qui en découlent. Or, même interrogé expressément à ce propos, le neurologue refuse de trancher la question de savoir si "une activité légère peut être envisagée". Partant, la Cour retient que, sur le plan somatique, le recourant doit être considéré comme entièrement apte à travailler dans une activité adaptée à ses limitations. Son état de santé n'a donc pas véritablement évolué depuis l'octroi initial d'une rente. c) Sur

le plan psychiatrique, le Dr F._____ ne diagnostique aucun trouble invalidant mais mentionne des atteintes sans répercussion sur la capacité de travail telles qu'un "épisode dépressif léger sans syndrome somatique (F32)", une "agoraphobie (F40.2)", une "phobie spécifique (isolée) [Acrophobie] (F40.2)" ainsi qu'une "majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologique (F68.0)". Ces troubles n'étant pas à l'origine d'une diminution de la capacité de travail, celle-ci est considérée comme entière. S'il constate une amélioration, dont témoignent par ailleurs les dires du recourant, celle-ci ne peut pas être datée ni "sur la base de[s] connaissances anamnestiques" ni "sur la base des documents médicaux" (dossier OAI, p. 70).

Tribunal cantonal TC Page 10 de 14 L'avis de l'expert psychiatre se fonde sur le dossier asséurologique ainsi que sur un entretien. Lors de celui-ci, le recourant a pu s'exprimer sur ses troubles – notamment la persistance de ses douleurs dorsales, sa tristesse quasi-permanente, la diminution du nombre d'activités agréables ainsi que sa peur d'être dans une foule – et informer l'expert de son histoire ainsi que de sa situation sociale, familiale et économique. Par le biais de ces sources diverses, l'expert a donc eu pleine connaissance de l'anamnèse et du contexte médical d'espèce. Il décrit de manière claire les différents documents présents dans le dossier asséurologique ainsi que les dires de l'expertisé. Dans le cadre de son mémoire de recours, l'assuré soutient ici que l'expert n'aurait pas pris en compte le fait que, quatre jours avant son entretien, il avait bénéficié d'un traitement anti-douleur par infiltration périurales. Selon lui, cela explique qu'il n'ait aucun comportement algique au moment de l'expertise. A ce stade, la Cour s'étonne que l'assuré n'ait pas jugé utile d'informer en temps opportun tant l'expert que l'autorité intimée qu'il avait subi un tel traitement. Cela étant relevé, force est de constater que le recourant n'apporte de toute manière aucun élément attestant qu'il a effectivement reçu une telle injection quatre jours avant l'entretien avec l'expert (cf. bordereau, pièces 8 et 12), son généraliste traitant n'en faisant au demeurant également pas mention (cf. bordereau, pièce 10). Quoi qu'il en soit, l'absence de tout comportement algique est également constatée par les autres experts ayant examiné l'assuré, les Drs D._____ et E._____. Dans ces circonstances, non seulement l'infiltration d'antidouleurs n'est pas rendu vraisemblable, mais les constats du Dr F._____ sont confirmés par les autres pièces au dossier. L'expert discute, de manière distincte et argumentée, non seulement des diagnostics figurant dans le dossier médical, mais également ceux évoqués par les médecins du recourant et les différents experts interrogés. Il indique les raisons de leur sélection ou de leur exclusion, se fondant notamment sur ses propres observations, les déclarations de l'assurée ou son historique (social, professionnel, familial). Par exemple – confirmant au passage la qualité douteuse de l'expertise du Dr D._____ déjà relevée par la Cour de céans – le Dr F._____ exclut l'existence d'un trouble de la personnalité fruste en l'absence de dysfonctionnement présent dans l'enfance ou l'adolescence. Par contre il confirme l'existence d'un trouble dépressif léger, l'examen de la situation à l'aune du DSM ne permettant pas de lui attribuer une gravité moyenne ou grave comme le fait le Dr L._____. Sur ce plan, pour contester les conclusions de l'expert-psychiatre, le recourant se prévaut de l'avis de ses médecins et, en particulier, de l'avis de son psychiatre, le Dr L._____. Cependant, dans son arrêt du 24 août 2015 (605 2013 26), la Cour de céans avait déjà souligné que le médecin se contentait de donner une appréciation différente de la situation. Or, son style véhément laissait déjà présager qu'il n'était pas en mesure d'apporter un regard neutre sur la situation en raison de la relation de confiance qui le lie à son patient. Cette remarque peut être reprise aujourd'hui. Il ressort de ce qui précède que l'expertise du

Dr F. _____, particulièrement bien structurée, détaillée et argumentée, constitue une base solide et que c'est à juste titre que l'autorité intimée s'est fondée sur ce document. Par ailleurs, on doit enfin constater que l'inaptitude au travail dont se prévaut le recourant serait également liée à sa conviction d'être invalide.

Tribunal cantonal TC Page 11 de 14 C'est ce que souligne l'expert-psychiatre lorsqu'il soutient que "l'attribution d'une rente l'a encouragé dans ses convictions, ses velléités régressives [...] ont été renforcées, de même que le déconditionnement professionnel, et il en a été de même des autolimitations ainsi que des conduites d'évitement. Or il s'agit là de facteurs qui se situent en dehors du champ médical" (dossier OAI, p. 70).

L'expert-rhumatologue le relèvait au demeurant également lorsqu'il constatait "une grande discordance entre les plaintes de l'assuré, l'impotence fonctionnelle dans ses activités de la vie quotidienne et professionnelle ainsi que les examens cliniques et paracliniques effectués jusqu'à ce jour" (dossier OAI, p. 426). Ces facteurs extra-médicaux ne sont pas de la responsabilité de l'assurance-invalidité. Dans une activité adaptée, le recourant possède ainsi une capacité de travail entière, sans perte de rendement.

E. 6

a) Dans certains cas très particuliers, lorsque la rente a été allouée de façon prolongée, la jurisprudence a considéré qu'il n'était pas opportun de supprimer la rente, malgré l'existence d'une capacité de travail médicalement documentée, avant que les possibilités théoriques de travail n'aient été confirmées avec l'aide de mesures médicales de réhabilitation et/ou de mesure d'ordre professionnel. Il convient dans chaque cas de vérifier que la personne assurée est concrètement en mesure de mettre à profit sa capacité de gain sur le marché équilibré du travail (art. 7 al. 1 LPGA en corrélation avec l'art. 16 LPGA). Il peut en effet arriver que les exigences du marché du travail ne permettent pas l'exploitation immédiate d'une capacité de travail médicalement documentée; c'est le cas lorsque il ressort clairement du dossier que la personne assurée n'est pas en mesure - pour des motifs objectifs et/ou subjectifs liés principalement à la longue absence du marché du travail - de mettre à profit par ses propres moyens les possibilités théoriques qui lui ont été reconnues et nécessite de ce fait l'octroi d'une aide préalable (arrêt TF 9C_163/2009 du

E. 10

septembre 2010 consid.4.2.2 et les références). Avant de réduire ou de supprimer une rente d'invalidité, l'administration doit examiner si la capacité de travail résiduelle médico-théorique mise en évidence sur le plan médical permet d'inférer une amélioration de la capacité de gain et, partant, une diminution du degré d'invalidité ou s'il est nécessaire au préalable de mettre en œuvre une mesure d'observation professionnelle (afin d'examiner l'aptitude au travail, la résistance à l'effort, etc.) et/ou des mesures légales de réadaptation. Dans la plupart des cas, cet examen n'entraînera aucune conséquence particulière, puisque les efforts que l'on peut raisonnablement exiger de la personne assurée - qui priment sur les mesures de réadaptation - suffiront à mettre à profit la capacité de gain sur le marché équilibré du travail dans une mesure suffisante à réduire ou à supprimer la rente. Il n'y a ainsi pas lieu d'allouer de mesures de réadaptation à une personne assurée qui disposait déjà d'une importante capacité résiduelle de travail, dès lors qu'elle peut mettre à profit la capacité de travail nouvellement acquise dans l'activité qu'elle exerce actuellement ou qu'elle pourrait normalement exercer (arrêt TF 9C_163/2009 du 10 septembre 2010 consid. 4.2.2). En résumé, la jurisprudence précitée considère que les effets d'une longue absence

du marché du travail ne peuvent être atténués que par des mesures de réintégration et/ou de réadaptation délivrées par l'assurance-invalidité, sauf s'il apparaît que la personne assurée serait capable de réintégrer le marché du travail par ses propres moyens (cf. arrêt TF 9C_368/2010 du 31 janvier 2011 consid. 5.4).

Tribunal cantonal TC Page 12 de 14 b) Le Dr F. _____ a été invité à examiner la question de la mise en valeur de la capacité de travail médicalement attestée. A titre d'élément défavorable, il relève surtout le fait que le recourant perçoit une rente depuis de nombreuses années. Il souligne ainsi que "l'attribution d'une rente [au recourant] l'a encouragé dans ses convictions, ses velléités régressives (régression: passivité, déresponsabilisation, dépendance) ont été renforcées, de même que le déconditionnement professionnel, et il en a été de même des autolimitations ainsi que des conduites d'évitement". S'il affirme que des mesures de réadaptation semblent vouées à l'échec, c'est en raison de "l'absence de toute motivation de la part de l'assuré en ce sens" Cela étant, il relève également la présence de facteurs favorables à une réinsertion professionnelle tels que la recherche de soins, un étayage familial préservé, l'absence de troubles de la personnalité ou l'absence de problématique de consommation de substances psychoactives. Ainsi, l'expert a examiné la situation concrète de cet assuré ayant bénéficié d'une rente durant plus de 15 ans et a tenu compte des facteurs subjectifs et objectifs pour déterminer que, même si elle n'est pas certaine, la valorisation de sa capacité de travail est à tout le moins encore possible pour cet assuré âgé de 47 ans. Or, invité à se prononcer sur des mesures visant à soutenir sa réintégration dans le marché du travail, le recourant a mis les pieds au mur (cf. dossier OAI, p. 25, 34 et 39). Certes, il n'a pas expressément refusé de suivre toute mesure d'ordre professionnel. Il a toutefois exclusivement demandé le suivi de mesure d'évaluation de sa capacité de travail ainsi que l'octroi d'une rente d'invalidité, alors même que l'OAI l'avait dûment informé – en l'avertissant des conséquences d'un refus (cf. dossier OAI, p. 34) – que de telles prestations n'entraient pas en considération. Pourtant représenté par un mandataire professionnel, il a continué à exiger l'octroi de prestations qu'il savait pourtant ne pas pouvoir obtenir. Cette obstination a conduit l'office à conclure que le recourant ne souhaitait pas participer à sa réintégration sur le marché du travail. Pour sa part, devant la Cour de céans, le recourant échoue à rendre vraisemblable que cela ne serait pas le cas, se contentant d'affirmer souhaiter "bénéficier et tous les cas de mesures de réadaptation professionnelle afin d'évaluer quelles sont ses capacités de travail réelles". De simples affirmations ne sauraient rendre vraisemblable ce que son comportement contredit. Partant, l'autorité intimée ne peut qu'être suivie lorsqu'elle constate l'échec des mesures planifiées. Elle était en droit de statuer en l'état du dossier sur le droit à la rente de son assuré. 7. Ainsi qu'il a été relevé ci-avant, on peut exiger que le recourant exerce, à plein temps et sans perte de rendement, une activité adaptée à ses limitations, soit une activité sans mouvements répétitifs en porte-à-faux, sans long bras de levier, sans mouvements d'antéversion et sans port de charge de plus de 10kg répétitifs. a) Le recourant dispose certes d'une pleine capacité de travail, mais uniquement dans une activité adaptée à ses problèmes de santé; tel n'est pas contre plus le cas dans sa précédente activité d'ouvrier régleur. Fort de ces conclusions, l'OAI aurait alors dû déterminer plus précisément quelle activité le recourant était encore capable d'exercer et, sur cette base, procéder à une comparaison des revenus afin d'établir le degré d'invalidité.

Tribunal cantonal TC Page 13 de 14 Il s'est toutefois borné à constater l'absence d'incapacité de travail durable, en considérant que celui-ci disposait d'une pleine capacité de

travail "dans toute activité". En procédant de la sorte, l'OAI a insuffisamment motivé sa décision et, partant, a commis une violation du droit d'être entendu du recourant. Mais la Cour de céans possède un plein pouvoir d'examen. Il convient ainsi de tenir compte de l'intérêt du recourant à obtenir sans délai une décision dans cette procédure de révision initiée il y a plus de cinq ans et ayant déjà fait l'objet d'un arrêt de renvoi. On ne peut pas non plus ignorer que le recourant – pourtant représenté par un mandataire professionnel – ne s'est aucunement offusqué de cette motivation insuffisante dans le cadre de ses écritures. Ainsi, compte tenu des circonstances particulières du présent cas et contrairement à la solution retenue dans le cadre de l'arrêt du 31 août 2017 (608 2016 252), la Cour renonce à renvoyer la cause à l'autorité intimée avec la charge de procéder au calcul du taux d'invalidité et de rendre une nouvelle décision. b) Le salaire de valide est déterminé sur la base du salaire que le recourant percevait auprès de son ancien employeur lequel se montait à CHF 4'485.- en 1999 (cf. dossier OAI, p. 617). Il s'agit du salaire que retenait l'autorité intimée dans sa décision du 13 novembre 2013, montant que le recourant n'avait, alors, pas critiqué. Compte tenu de l'évolution des salaires (Office fédérale de la statistique [OFS], tableau T39), son salaire se serait monté à CHF 5'486.25 en 2016 (derniers chiffres disponibles), soit CHF 71'321.25 (13 salaires). S'agissant du salaire d'invalidé, dans son rapport d'expertise du 10 mai 2012, le Dr E. _____ donne l'exemple d'activités adaptées telles que: accueil, sécurité, magasinier d'objets légers, vente d'objets légers ou de nourriture légère (dossier OAI, pièce 234). En l'absence d'un revenu effectivement réalisé, la Cour se réfère au salaire moyen du secteur privé selon les chiffres de l'Enquête Suisse sur la structure des salaires 2012 (CHF 5'210.-; ESS 2012, TA1_skill_level, total, niveau de compétence 1, hommes). Dès lors que l'ESS comprend un large éventail d'activités, on peut admettre qu'un nombre significatif d'entre elles est adapté à ses aptitudes dans un marché du travail équilibré (cf. arrêt TF I 312/04 du 28 juillet 2005 consid. 3.2.1). L'absence de formation professionnelle du recourant est quand à elle prise en compte dans le cadre du niveau de compétence 1. En effet, l'ESS 2012 différencie quatre niveaux de compétence et, en principe, le niveau 1 vise des personnes n'ayant pas de formation. Le montant de CHF 5'210.- est fondé sur une durée de travail hebdomadaire de 40 heures, alors que la durée usuelle en 2016 est de 41,7 heures. Il doit dès lors être augmenté à CHF 5'431.45. Compte tenu du renchérissement, le revenu mensuel à prendre en considération est de CHF 5'562.95, soit annuellement CHF 66'755.40.-. L'assuré étant encore jeune (47 ans) et au bénéfice d'un permis d'établissement, il n'apparaît pas nécessaire de tenir compte d'un désavantage salarial (ATF 126 V 75, consid. 5). De la comparaison des revenus de valide (CHF 71'321.25) et d'invalidé (CHF 66'755.40.-), il apparaît que le recourant ne subit désormais plus qu'une perte de gain de CHF 4'565.85, Cela équivaut à un degré d'invalidité de 6.4%, insuffisant pour l'octroi d'une rente de l'assurance- invalidité.

Tribunal cantonal TC Page 14 de 14 C'est donc à juste titre que l'autorité intimée a supprimé la rente qu'elle lui octroyait jusqu'alors. 8. De l'ensemble des éléments qui précèdent, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision querellée confirmée. Les frais de justice sont fixés à CHF 800.-. Ils sont compensés avec l'avance du même montant qui a été effectuée. Le recours ayant été rejeté sur le fond, il n'est enfin pas alloué d'indemnité de partie. la Cour arrête: I. Le recours est rejeté. II. Les frais de justice, de CHF 800.-, sont mis à la charge du recourant; ils sont compensés avec l'avance du même montant qui a été effectuée. III. Il n'est pas alloué de dépens. 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 5 décembre 2017/pte Président Greffier

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