

FR_GERICHTE 605 2017 277 vom 30. Januar 2019

FR Kantonsgericht, 2019-01-30, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_605_2017_277

FR: FR_GERICHTE 605 2017 277 du 30 janvier 2019

IT: FR_GERICHTE 605 2017 277 del 30 gennaio 2019

Regeste

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

Erwägungen

E. 1

Interjeté en temps utile et dans les formes légales auprès de l'autorité judiciaire compétente à raison du lieu ainsi que de la matière, le recours 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 que celle-ci soit, cas échéant, annulée ou modifiée.

E. 2

A teneur 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. Cette incapacité de gain résulte, selon l'art. 7 LPGA, d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique.

E. 2.1

Il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable. Les facteurs psychosociaux et socioculturels ne constituent en principe pas des atteintes invalidantes. Pour qu'une incapacité de gain au sens de l'art. 7 LPGA soit reconnue, il est ainsi 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

Tribunal cantonal TC Page 5 de 20 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 et les références). La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique, soit aussi de troubles somatoformes douloureux persistants, suppose d'abord 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).

E. 2.2

Le diagnostic de troubles somatoformes douloureux persistants ne constitue pas encore une base suffisante pour conclure à une incapacité de gain au sens de l'art. 7 LPGA. Le caractère non exigible de la réintégration dans le processus de travail peut résulter de facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de retrouver du travail. Dans un tel cas, en effet, l'assuré ne dispose pas des ressources nécessaires pour vaincre ses douleurs et peut se voir attribuer une rente. La question de savoir si ces circonstances exceptionnelles sont réunies doit être tranchée de cas en cas à la lumière de différents critères. Au premier plan figure la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. D'autres critères peuvent être déterminants. Ce sera le cas des affections corporelles chroniques, d'un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), d'une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, d'un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie), de l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitement), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée (ATF 130 V 352). Dans une jurisprudence récente (ATF 141 V 281), le Tribunal fédéral a abandonné la présomption qui valait jusqu'alors, selon laquelle les syndromes douloureux somatoformes et autres affections somatiques assimilées pouvaient en principe être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible. Il a en effet estimé que cette présomption construite sur le modèle règle/exception, également consacré par l'ATF 130 V 352 susmentionné, conduisait dans les faits à un refus quasi systémique des rentes aux personnes atteintes de tels troubles. Désormais, la capacité de travail réellement exigible doit ainsi être bien plutôt évaluée dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurés, sur la base d'une vision d'ensemble et d'un catalogue d'indices qui rassemble les éléments essentiels propres aux problématiques de nature psychosomatique, à la lumière des circonstances du cas particulier et sans résultat défini, la personne assurée continuant toutefois à supporter le fardeau de la preuve. Il conviendra notamment de mieux intégrer la question des ressources personnelles dont dispose cette dernière, 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 vie (travail et loisirs) et si la souffrance se traduit par un recours aux offres thérapeutiques existantes.

Tribunal cantonal TC Page 6 de 20

E. 3

Selon 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 de la façon suivante: un taux d'invalidité de 40% au moins donne droit à un quart de rente; un taux de 50% au moins donne droit à une demi-rente; un taux de 60% au moins donne droit à

trois quarts de rente; enfin, un taux de 70% au moins donne droit à une rente entière (al. 2).

E. 3.1

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. Ce n'est ainsi 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).

E. 3.2

Le taux d'invalidité étant une notion juridique fondée sur des éléments d'ordre essentiellement économique, et pas une notion médicale, il ne se confond donc pas forcément avec le taux de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 122 V 418). Toutefois, pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge en cas de recours) a besoin d'informations que seul le médecin est à même de lui fournir. La tâche de ce dernier consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est capable ou incapable de travailler (ATF 105 V 158; 114 V 314; RCC 1982, p. 36).

E. 4

Selon le principe de la libre appréciation des preuves, l'administration ou le juge apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse. Dès lors, le juge doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre (ATF 125 V 351).

E. 4.1

En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, est déterminant le fait 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 l'exposition des relations médicales et l'analyse de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (RAMA U 133 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 122 V 157 et les références citées).

E. 4.2

Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas

Tribunal cantonal TC Page 7 de 20 de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. 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). En outre, s'agissant des rapports médicaux des médecins traitants, le juge peut et doit même tenir compte du fait que ceux-ci, dans le cadre 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 et les références).

E. 5

En vertu de l'art. 17 al. 1 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.

E. 5.1

Tout changement important des circonstances, propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut donner lieu à une révision de celle-ci. La rente peut aussi 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 126 V 75 consid. 1b / VSI 2000 p. 314; VSI 1996 p. 192 consid. 2d; ATF 113 V 22 et les références).

E. 5.2

Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale de rente et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 126 V 75 consid. 1b / VSI 2000 p. 314 et les références citées), respectivement du dernier examen matériel du droit à la rente (ATF 133 V 108; 103 V 71). 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 cité par la juridiction cantonale). Une communication, au sens de l'art. 74ter let. f du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance- invalidité (RAI; RS 831.201), a valeur de base de comparaison dans le temps si elle résulte d'un examen matériel du droit à la rente (cf. arrêts TF 9C_46/2009 du 14 août 2009 consid. 3.1 in SVR 2010 IV n° 4 p. 7; 9C_910/2010 du 7 juillet 2011 consid. 3.2 a contrario).

E. 6

Selon le principe défini à l'art. 7 al. 2 LPGA, seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain; ce principe vaut également en matière de révision du droit à la rente (art. 17 al. 1 LPGA). Tout obstacle à une réintégration professionnelle qui ne serait pas la conséquence de l'atteinte à la santé ne doit pas être pris en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. Selon la jurisprudence constante du Tribunal fédéral, il appartient en principe à la personne assurée d'entreprendre de son propre chef

Tribunal cantonal TC Page 8 de 20 tout ce qu'on peut raisonnablement attendre d'elle pour tirer profit de l'amélioration de sa capacité de travail médicalement documentée (réadaptation par soi-même).

E. 6.1

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 lorsqu'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.

E. 6.2

Avant de réduire ou de supprimer une rente d'invalidité, l'administration doit donc 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 oeuvre 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_152/2013 du 3 septembre 2013 consid. 3 et les références citées). Le Tribunal fédéral a précisé qu'il existait deux situations dans lesquelles il y avait lieu d'admettre, à titre exceptionnel, que des mesures d'ordre professionnel préalables devaient être considérées en principe comme nécessaires, malgré l'existence d'une capacité de travail médicalement documentée. Il s'agit des cas dans lesquels la réduction ou la suppression, par révision ou reconsidération, du droit à la rente concerne un assuré qui est âgé de 55 ans révolus ou qui a bénéficié d'une rente depuis plus de quinze ans. Cela ne signifie cependant pas que ces assurés peuvent faire valoir des droits acquis dans le contexte de la révision (art. 17 al. 1 LPGA), respectivement de la reconsidération (art. 53 al. 2 LPGA); on admet seulement qu'une réadaptation par soi-même ne peut, sauf exception, être exigée d'eux en raison de leur âge ou de la longue durée de la rente (arrêts TF 9C_228/2010 du 26 avril 2011 consid 3.1; 9C_152/2013 du 3 septembre 2013 consid. 3). Le droit à des mesures d'ordre professionnel présuppose en outre une aptitude subjective et objective de la personne assurée (arrêt TF 9C_355/2014 du 2 décembre 2014).

E. 7

Dans un premier grief, le recourant se prévaut du fait que l'Office de l'assurance-invalidité a rendu formellement une première décision le 17 octobre 2017, lui reconnaissant le droit à une rente entière d'invalidité dès le 1er mars 2014, sans limite de temps, puis une seconde le 25 octobre

Tribunal cantonal TC Page 9 de 20 2017, réduisant son droit à un quart de rente, avec effet au 1er décembre 2017. Se fondant sur ce constat, il relève l'évidence que le taux d'invalidité du recourant n'a pas changé en huit jours et que les conditions d'une révision au sens de l'art. 17 LPGA n'étaient en conséquence pas remplies au moment où la décision de réduction de rente a été rendue. Dans ses observations, l'Office de l'assurance-invalidité ne se détermine pas sur cette question.

E. 7.1

Sur ce premier point, il faut constater d'emblée que, formellement, la façon de procéder de l'Office de l'assurance-invalidité suite à l'arrêt de renvoi du 17 mai 2016 prête à discussion sous plusieurs angles: - Alors que l'arrêt de renvoi annulait purement et simplement la décision de réduction de rente du 21 janvier 2014, l'Office de l'assurance-invalidité n'a dans un premier temps pas communiqué à la caisse de compensation qu'il y avait lieu de reprendre le paiement de la rente entière d'invalidité. - Dans son projet de décision du 23 août 2017, par lequel il indique son intention de remplacer la rente entière par un quart de rente, l'Office de l'assurance-invalidité précise que ce projet « annule et remplace le projet de décision du 19 novembre 2013 ». Or, ce dernier projet avait été suivi de la décision du 21 janvier 2014, elle-même annulée par l'arrêt de renvoi du 17 mai 2016. - Par un document daté du 31 août 2017 et intitulé « prononcé: invalidité », l'Office de l'assurance-invalidité s'est adressé à la Caisse de compensation compétente en l'espèce. En référence à l'arrêt de renvoi du 17 mai 2016, elle a prié celle-ci de reprendre le versement de la rente entière d'invalidité dès le 1er mars 2014, en précisant que la rente devait être allouée pour une durée limitée, sans préciser la durée en question. Alors que, sous réserve de l'intitulé du document, cette démarche paraissait adéquate et suffisante, elle a été suivie d'une décision du 17 octobre 2017 par laquelle l'Office de l'assurance-invalidité, se référant à nouveau à l'arrêt de renvoi du 17 mai 2016, a reconnu au recourant le droit à une rente entière d'invalidité à partir du 1er mars 2014, sans limite de durée. Cette décision – qui portait par ailleurs la mention « annule et remplace la précédente » sans préciser quelle était cette précédente décision – n'était non seulement pas nécessaire pour la reprise du paiement de la rente entière à partir du 1er mars 2014, mais elle ne correspondait par ailleurs pas au projet de décision du 23 août 2017, sans qu'on en comprenne les raisons. - Par une nouvelle décision du 25 octobre 2017, portant elle aussi la mention « annule et remplace la précédente », sans autre précision, l'Office de l'assurance-invalidité a réduit le droit du recourant à un quart de rente d'invalidité, en lieu et place d'une rente entière, avec effet au 1er décembre 2017. Il a justifié cette réduction en reprenant pour l'essentiel la motivation du projet de décision du 23 août 2017.

E. 7.2

En dépit des incohérences et contradictions relevées ci-dessus, le recourant ne peut prétendre à l'annulation de la décision du 25 octobre 2017 au motif que l'Office de l'assurance- invalidité aurait déjà rendu une décision sur le même objet le 17 octobre 2017 et que les conditions d'une révision ne seraient pas réalisées. En effet, il ressort d'abord du

contexte procédural dans lequel elle a été rendue que, même formulée de façon imprécise, la décision du 17 octobre 2017 avait très vraisemblablement pour

Tribunal cantonal TC Page 10 de 20 seul objet le droit du recourant à une rente entière dès le 1er mars 2014 jusqu'à la date à laquelle devait prendre effet la décision de réduction de rente envisagée par projet de décision du 23 août 2017. Il ne s'agit dès lors que d'un problème de forme qui ne saurait faire naître un droit aux prestations. Ensuite et surtout, même si la situation du recourant n'a pas évolué entre le 17 octobre 2017 et le 25 octobre 2017, la décision rendue huit jours plus tôt n'était pas entrée en force à cette seconde date, de telle sorte que l'Office de l'assurance-invalidité était en mesure de la reconsidérer en rendant une nouvelle décision précisant que la rente entière d'invalidité était due jusqu'au 30 novembre 2017 et qu'elle était ensuite remplacée par un quart de rente dès le 1er décembre 2017 (voir ATF 107 V 192; KIESER, ATSG-Kommentar, 3ème édition 2015, art. 53 n. 10).

E. 7.3

Le premier grief formulé par le recourant doit en conséquence être rejeté.

E. 8

S'agissant du litige sur le fond, la Cour de céans a d'abord considéré dans son arrêt de renvoi du 17 mai 2016 que c'étaient les douleurs, bien plus que l'atteinte objective, qui marquaient le recourant, et que celles-ci semblaient presque exclusivement dépendre de facteurs extra-médicaux n'engageant pas la responsabilité de l'assurance-invalidité. Elle a ainsi retenu qu'au moment déterminant pour son examen, à savoir le 21 janvier 2014, date de la décision de révision faisant l'objet de son arrêt, la capacité de travail médico-théorique du recourant s'était effectivement améliorée, tant sur le plan physique et psychique, et pouvait être fixée à 100% dans une activité adaptée, avec une diminution de rendement de 20%. Toutefois, elle a ensuite constaté que, dès lors que le recourant, né en 1956, était ainsi âgé de plus de 55 ans au moment de la révision de la rente le 21 janvier 2014, celui-ci appartenait à la catégorie d'assurés dont il convenait de présumer qu'ils ne pouvaient en principe pas entreprendre de leur propre chef tout ce que l'on pouvait raisonnablement attendre d'eux pour tirer profit de leur capacité résiduelle de travail. De plus, les éléments ressortant du dossier ne permettaient pas d'admettre que le recourant était capable, malgré son âge et l'éloignement prolongé du monde du travail, de reprendre à bref délai une activité lucrative sans mesure de réadaptation. En conséquence, la cause a été renvoyée à l'Office de l'assurance-invalidité pour examen concret des besoins objectifs du recourant en termes de mesures d'ordre professionnel, mise en œuvre cas échéant des éventuelles mesures adaptées, puis nouvelle décision sur la révision de la rente d'invalidité. La Cour a encore précisé qu'au moment de statuer, il conviendrait encore, compte tenu du temps écoulé depuis la décision attaquée et d'un fait nouveau survenu depuis lors, à savoir l'infarctus du myocarde subi par le recourant le 15 décembre 2015, de vérifier au préalable que l'évaluation de la capacité de travail médico-théorique du recourant, confirmée à la date de la décision attaquée, était toujours actuelle. Suite à l'arrêt de renvoi, l'Office de l'assurance-invalidité a d'abord sollicité un rapport médical du Service de cardiologie de l'Hôpital D. _____, qu'il a soumis au SMR qui a conclu qu'il n'existait pas de motif cardiologique contre-indiquant l'exercice d'une activité adaptée à un 100%, avec un rendement à 80% (dossier AI p. 456). Le recourant a ensuite été convoqué à un entretien le 29 novembre 2016, durant lequel ont été envisagées des mesures de réadaptation, plus

particulièrement des mesures visant à permettre la reprise d'un rythme de travail et la recherche d'un emploi (dossier AI p. 463 et 466). Un entretien

Tribunal cantonal TC Page 11 de 20 avec le Service de placement professionnel de l'Office de l'assurance-invalidité a également eu lieu le 14 février 2017. Il a débouché sur la mise en place d'un stage de trois mois dans un centre d'intégration socio-professionnelle qui n'a toutefois débuté que le 17 juillet 2017, suite à divers renvois liés notamment à divers reports et à un séjour du recourant auprès du Neurocentre de E._____ (dossier AI p. 472 ss; à cet égard, voir les rapports des médecins traitants attestant d'une incapacité de travail à 100% et le rapport du 26 juin 2017 du SMR confirmant au contraire l'exigibilité d'une activité adaptée à 100%, avec un rendement de 80%). L'Office de l'assurance- invalidité a toutefois mis un terme au stage avec effet au 20 août 2017, en raison des nombreuses absences du recourant et du fait que celui-ci, lorsqu'il était présent, se plaignait de douleurs et demandait à rentrer à domicile après deux heures de travail (dossier AI p. 542, 550).

E. 8.1

Le recourant reproche pour l'essentiel à l'Office de l'assurance-invalidité de ne pas avoir vérifié que son évaluation était toujours actuelle, compte tenu de l'écoulement du temps depuis la décision du 21 janvier 2014 et de la survenance de l'infarctus du myocarde dont il a été victime. Il conteste également que l'échec du stage auprès du CIS a été causé par son comportement et sa mauvaise volonté, affirmant au contraire que ses absences étaient médicalement justifiées et qu'il n'a aucunement fait preuve d'un manque de motivation.

E. 8.2

Il a été vu ci-dessus que le recourant ne pouvait être considéré comme capable de reprendre à bref délai une activité lucrative sans mesure de réadaptation, de telle sorte qu'il appartenait à l'Office de l'assurance-invalidité de mettre en œuvre, cas échéant, les mesures professionnelles adaptées, avant de statuer à nouveau sur le droit à la rente. De telles mesures professionnelles constituaient ainsi une condition préalable à la récupération par le recourant d'une capacité de travail effective. Compte tenu des particularités de la situation du recourant, ces mesures devaient permettre à celui-ci de retrouver confiance et de surpasser ses éventuelles craintes face aux défis d'une nouvelle activité professionnelle (voir arrêt de renvoi du 24 mai 2016, consid. 4c) C'est dans ce sens qu'un stage de trois mois de réentraînement au travail dans un centre d'intégration socioprofessionnelle a été mis en place. A cet égard, par courrier du 10 juillet 2017 au recourant, l'Office de l'assurance-invalidité précisait que, dans la mesure où il tenait pour exigible sur le plan médical une capacité de travail résiduelle de 100% horaire avec un rendement de 80%, la mesure n'était pas un stage d'observation afin d'évaluer la capacité de travail, mais bel et bien une opportunité de réentraînement à la reprise d'un emploi (voir dossier AI p. 523).

E. 8.3

Compte tenu de ce qui précède, il convient d'examiner l'état de santé du recourant et les limitations qu'il subissait dans sa capacité de travail à la date où la décision attaquée a été rendue, soit le 25 octobre 2017. Seul cet examen permettra de déterminer ensuite s'il peut être tenu responsable de l'échec du stage auprès du CIS et si moyennant cette mesure, il pouvait être attendu de lui qu'il reprenne une activité adaptée à 100%, avec un rendement à 80%.

E. 9

L'état de santé et la capacité de travail du recourant à la date de la décision précitée du 21 janvier 2014 ont été traitées en détail dans l'arrêt de renvoi du 17 mai 2016 (voir consid. 3c), auquel il y a lieu de se référer. Plus particulièrement, il a été constaté dans cet arrêt que la situation sur le plan physique s'était améliorée depuis la dernière révision du 27 septembre 2012 et que, depuis la fin de l'année 2012,

Tribunal cantonal TC Page 12 de 20 l'état de santé du recourant était proche de celui qui prévalait lors d'une expertise rhumatologique du 26 décembre 2011 qui avait retenu une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée, avec diminution de rendement de 20%. L'extension des douleurs rapportées ne pouvait en particulier se rattacher directement aux suites de l'opération de la hanche subie par le recourant, mais s'expliquait par l'existence d'un syndrome douloureux persistant. Contrairement aux affirmations du recourant, il n'avait pas non plus été démontré que les douleurs dont il souffrait étaient liées à une allergie au chrome et au cobalt contenu dans la prothèse de hanche qui avait dû être remplacée. Quant au plan psychique, après une analyse détaillée de la situation du recourant sur la base d'un catalogue d'indices ressortant de la jurisprudence, la 1^{re} Cour des assurances sociales a constaté dans son arrêt de renvoi que les douleurs subies par le recourant semblaient presque exclusivement dépendre de facteurs extra-médicaux n'engageant pas la responsabilité de l'assurance-invalidité. Les douleurs liées au syndrome douloureux n'empêchaient dès lors pas de confirmer, sans nécessité d'une nouvelle expertise, une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée, avec une diminution de rendement de 20%.

E. 9.1

S'agissant de l'évolution de l'état de santé et de la capacité de travail du recourant entre le 21 janvier 2014 et le 25 octobre 2017, date de la décision attaquée, le dossier contient en particulier les documents médicaux suivants: - Dans sa lettre de sortie du 15 décembre 2015 (dossier AI p. 406), Dr F. _____, médecin adjoint auprès du Service de soins intensifs de l'Hôpital D. _____, fait état d'une hospitalisation du 15 décembre 2015 au 16 décembre 2015 pour un infarctus de myocarde de type NSTEMI sur occlusion de la circonflexe, traité par angioplastie de l'artère circonflexe distale, sans pose de stent en raison d'une hypersensibilité au cobalt et au chrome. Il mentionne comme diagnostics supplémentaires une maladie coronarienne tritonculaire, une crise hypertensive le 15 décembre 2015, une dyslipidémie mixte et une hypokaliémie, ainsi qu'une hypertension artérielle constituant une comorbidité. - Dans son rapport du 18 janvier 2016 (dossier AI p. 410), Dr G. _____, spécialiste en anesthésiologie, médecin auprès du Service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR), se réfère à l'infarctus précité. Il indique que celui-ci est susceptible de justifier une incapacité de travail d'une durée qui restera à déterminer en fonction de l'évolution. Il précise qu'il n'existe aucune preuve scientifique d'un lien de causalité entre une allergie au chrome et au cobalt et un infarctus du myocarde. En revanche, le lien de causalité est très clairement établi et unanimement admis par la science entre la présence de risque cardiovasculaire et un infarctus. Or, de tels facteurs sont présents chez le recourant. - Dans son rapport du 15 juillet 2016 (dossier AI p. 444), Prof. H. _____, médecin auprès du service de cardiologie de l'Hôpital D. _____, fait référence à l'infarctus survenu le 15 décembre 2015. Il fait état d'un état anxieux réactionnel, avec trouble de l'adaptation, ainsi que de douleurs chroniques en lien avec la pose de prothèses de hanches, assorties d'une hypersensibilité au cobalt et au chrome. S'agissant d'une éventuelle incapacité de travail, il se réfère à l'évolution sur le plan

psychique. - Dans son rapport du 31 août 2016 (dossier AI p. 456), Dr G. _____, médecin auprès du SMR, se détermine sur le rapport précité du Prof. H. _____. Il relève que ce médecin n'atteste aucune limitation fonctionnelle cardiaque et aucune restriction de capacité de travail

Tribunal cantonal TC Page 13 de 20 en lien avec cette affection. Il en déduit qu'il n'y a aucun motif cardiologique qui contre-indique l'exercice à 100% avec un rendement de 80% dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles déjà définies par expertises, correspondant par exemple à une activité dans la production industrielle légère. - Dans son rapport du 10 avril 2017 (pièce 3 du bordereau du recours), I. _____, consultante notamment dans le domaine de la cardiopsychologie, indique en substance que le stress émotionnel subi par le recourant, en lien avec sa situation physique éprouvante (douleurs chroniques) et une situation financière critique et instable, constitue un facteur de risque majeur dans le développement de sa maladie cardiovasculaire. Elle relève également que depuis le début du traitement en 2016, le recourant suit avec soin les recommandations qui lui sont proposées et quelques petits progrès au niveau de l'anxiété et de la gestion du stress ont pu être constatés. Il a également été ouvert à une médication aux antidépresseurs, gérée par son généraliste. Il reste néanmoins un sentiment d'impuissance et de dépression face aux douleurs chroniques. - Dans son courrier du 23 mai 2017 (pièce 6 du bordereau du recours) au mandataire du recourant, Dr J. _____ revient sur l'allergie au cobalt et au chrome invoquée de longue date par le recourant. Il conclut qu'il est possible que cette allergie soit la cause sous-jacente de ses douleurs. - Dans leur rapport de sortie du 13 juin 2017 (dossier AI p. 493), Dr K. _____ et Dr L. _____, médecins auprès de la clinique de neurologie, médecine psychosomatique, du Neurocentre de E. _____, mentionnent un séjour du recourant du 1er mai 2017 au 24 mai 2017 dans un but d'évaluation et de traitement, selon un concept de thérapie multimodale avec l'intervention de médecins, de physiothérapeutes, de psychologues et d'ergothérapeutes. Ils posent les diagnostics principaux de syndrome douloureux chronique avec composantes somatiques et psychiques, d'épisode dépressif léger, de syndrome postherniotomie et d'état après infarctus du myocarde. Ce rapport détaille l'évolution de l'état de santé du recourant et le traitement suivi durant le séjour. Entre autres éléments, il y est indiqué que des progrès ont pu être réalisés durant le séjour concernant la durée de marche sans béquille, la réalisation de différents mouvements, qu'une amélioration de l'humeur a également pu être constatée, mais qu'il n'y a toutefois eu que peu de changement au niveau des douleurs. Il ressort par ailleurs d'un courriel du 19 mai 2017 adressé par Dr L. _____ au conseiller en réinsertion professionnelle de l'Office de l'assurance-invalidité (dossier AI p. 482) qu'un suivi ambulatoire fixé provisoirement pour trois mois était prévu et que le recourant est incapable de travailler à 100% pour une durée indéterminée (voir également sur ce point les certificats d'incapacité de travail du 23 mai 2017 et du 30 juin 2017 pour les mois de mai à juillet 2017, dossier AI p. 504). - Dans son rapport du 26 juin 2017 (dossier AI p. 502), Dr G. _____, médecin auprès du SMR, se détermine sur le rapport précité des médecins du Neurocentre. Il relève que le syndrome douloureux chronique diagnostiqué est connu chez le recourant depuis plusieurs années, qu'il n'y a pas de fait nouveau objectif et que l'incapacité de travail attestée résulte uniquement d'une appréciation qui diffère de celle qui a conduit la 1e Cour des assurances sociales à confirmer dans son arrêt du 17 mai 2016 que le recourant était capable de travailler à 100% dans une activité adaptée, avec un rendement de 80%. Il en conclut que l'exigibilité est restée

Tribunal cantonal TC Page 14 de 20 la même et qu'un stage de réentraînement au travail sur la base de ce taux d'activité est donc exigible. - Dans son certificat d'incapacité de travail du 12 juillet 2017 adressé au mandataire du recourant (dossier AI p. 520), Dr M. _____, médecin auprès de la clinique de neurologie, médecine psychosomatique, du Neurocentre de E. _____, décrit une nouvelle fois le syndrome douloureux chronique avec composantes somatiques et psychiques, qu'elle qualifie de grave. Elle relève que les douleurs aux jambes sont constantes – avec une aggravation importante en cas d'activité corporelle et de position assise prolongée –, que la position debout est difficile et que le maintien sur une jambe est impossible. La durée de la marche est de vingt minutes, avec des pauses tous les 100 mètres. Vu les lésions postopératoires, les nombreuses années de douleurs chroniques et l'hyperalgésie qui a été démontrée, elle conclut en sus à l'existence d'un trouble de traitement de la douleur (« Schmerzverarbeitungstörung »). Un tel trouble a pour conséquence une sensibilité augmentée à la pression et aux charges et conduit à une insécurité et à une souffrance psychique, car la peur de la douleur peut engendrer une forte tension et un sentiment d'impuissance. Compte tenu de ce contexte, l'exigence faite au recourant de s'intégrer dans un processus de reprise du travail représente pour celui-ci un facteur de stress et de craintes, de telle sorte que, pour cette médecin, il n'est pas exigible de lui imposer le suivi d'une mesure de réentraînement au travail. Cela est d'autant moins le cas selon elle que le recourant a subi un infarctus du myocarde en 2016 et que le stress continu représente un risque important de récurrence. Elle confirme dès lors l'incapacité de travail attestée jusqu'au mois de septembre 2017 y compris. - Dans son rapport du 18 juillet 2017 (dossier AI p. 531), Dr G. _____, médecin auprès du SMR, se détermine sur le rapport précité de Dr M. _____. Il constate que celle-ci relate les plaintes du recourant et fait état d'hypothèses physiopathologiques liées au syndrome douloureux chronique, mais qu'elle n'atteste en revanche aucun fait nouveau sur le plan médical objectif. En particulier, elle ne rapporte aucun élément médical qui modifie les limitations fonctionnelles précédemment définies, ni l'exigibilité médico-théorique, ni qui contre- indique une activité adaptée, par exemple dans la production industrielle légère. - Dans son rapport du 8 septembre 2017 (dossier AI p. 588), adressé au SMR à la suite du projet de décision du 23 août 2017, Dr M. _____ relève que la situation est extrêmement complexe du point de vue psychosomatique. Elle confirme que le stress chronique influence de façon négative les troubles dont souffre le recourant, soit le syndrome douloureux chronique, l'épisode dépressif léger et le risque cardiovasculaire. Elle mentionne également que lors de l'hospitalisation, des analyses psychométriques ont démontré chez le recourant de la peur, une dépression, de la colère, un sentiment d'impuissance et de perte de confiance en soi et en sa propre valeur, en relation avec l'existence de douleurs et de la charge que représente pour lui sa situation asséurologique. Sur cette base, elle recommande que la situation médicale du recourant fasse l'objet d'un nouvel examen.

E. 9.2

Les rapports qui précèdent font ressortir qu'entre le 21 janvier 2014 et le 25 octobre 2017, date de la décision attaquée, la seule modification significative survenue dans l'état de santé du recourant est l'infarctus du myocarde qu'il a subi le 15 décembre 2015 et qui a pu être traité à satisfaction sans qu'il en résulte des conséquences sur la capacité de travail du recourant. A cet égard, la seule mention selon laquelle le stress subi par le recourant augmente chez lui le risque cardiovasculaire n'est pas à mettre en lien avec l'infarctus. En effet, comme le relèvent tant que

Tribunal cantonal TC Page 15 de 20 Dr M. _____ dans son dernier rapport que la consultante en cardiopsychologie, ce stress chronique est avant tout induit par les douleurs ressenties dans le contexte de son trouble somatoforme douloureux, ainsi que par la situation financière instable du recourant. Quant à l'allergie au cobalt et au chrome, le nouveau document produit évoque une simple possibilité que celle-ci ait une influence sur les douleurs, sans démontrer l'existence d'un tel lien. Pour le reste, s'agissant des conséquences du trouble somatoforme douloureux dont souffre le recourant, plus particulièrement des douleurs qu'il ressent dans les jambes et qui le limitent dans ses mouvements, les différentes informations figurant dans les rapports établis par les médecins du Neurocentre de E. _____ sont pour l'essentiel superposables avec ce qui a pu être constaté avant 2014. On peut ainsi noter, que dans son rapport du 9 décembre 2013, Dr N. _____, médecin traitant, relevait déjà que malgré les opérations subies à la hanche et à l'aîne, les douleurs restaient invalidantes, avaient même gagné en intensité, de telle sorte que son patient ne pouvait abandonner ses cannes. Elle concluait ainsi à l'existence d'un syndrome douloureux chronique persistant et invalidant aggravé parce qu'elle soupçonnait des troubles de l'adaptation avec une réaction mixte anxieuse dépressive. A l'image de ce qui a déjà été retenu dans l'arrêt de renvoi du 17 mai 2016 (voir consid. 3c/aa) en lien avec les constats effectués jusqu'alors par les médecins traitants, les rapports des médecins du Neurocentre rejoignent pour l'essentiel le contenu de l'expertise psychiatrique du 5 janvier 2012 concluant à l'existence d'un trouble de type somatisation ou équivalent. En particulier, les références faites par le recourant et les médecins du Neurocentre à des douleurs importantes, sans qu'il soit possible d'identifier une affection physique les justifiant, vont dans le même sens. Enfin, s'agissant de la référence faite plus spécifiquement par Dr M. _____ à l'existence d'un trouble de traitement de la douleur (« Schmerzverarbeitungsstörung ») qui augmente la sensibilité du recourant et conduit celui-ci à une insécurité et à une souffrance physique, on peut d'emblée constater que cette nouvelle explication intervient après l'arrêt de renvoi du 17 mai 2016, au moment même où le recourant se voit requis de suivre les mesures attendues de lui pour permettre un retour au travail. Il faut par ailleurs relever qu'un tel trouble ne constitue pas en tant que tel une maladie psychiatrique. Une telle affection, qu'il conviendrait de classer dans la catégorie CIM-10 F54, fait plutôt partie des facteurs psychologiques ou comportementaux liés à d'autres maladies (voir sur ce point p. ex. arrêt TF 9C_795/2017 du 19 mars 2018). Elle n'a dès lors pas de portée propre par rapport au diagnostic principal de trouble somatoforme douloureux (ou syndrome douloureux chronique avec composantes somatiques et psychiques selon les médecins du Neurocentre). C'est également dans ce sens que le médecin du SMR retient en substance, de façon convaincante, que ce trouble ne correspond pas à une maladie nouvellement constatée, mais relève d'une simple hypothèse physiopathologique liée au syndrome douloureux chronique.

E. 9.3

Dans ces conditions, comme au moment de l'arrêt de renvoi du 17 mai 2016, la question qui reste posée est donc uniquement celle de l'influence du trouble somatoforme douloureux sur la capacité de gain. Au vu de la jurisprudence du Tribunal fédéral ressortant de l'arrêt 9C_492/2014 précité du 3 juin 2015 précité (voir consid. 2b), ce type de syndromes ne peut plus être déclaré non invalidant par principe. Il convient au contraire d'examiner si tel est le cas en se fondant sur une vision d'ensemble et un catalogue d'indices qui rassemble les éléments essentiels propres aux problématiques de nature psychosomatique, en prenant en compte en particulier la question des ressources personnelles dont dispose la personne

concernée, eu égard en particulier à sa

Tribunal cantonal TC Page 16 de 20 personnalité et au contexte social dans lequel elle évolue, et les questions de savoir si les limitations alléguées se manifestent de la même manière dans tous les domaines de vie (travail et loisirs) et si la souffrance se traduit par un recours aux offres thérapeutiques existantes. Or, à cet égard également, la situation du recourant apparaît comme inchangée: - Concernant ses ressources personnelles, l'anamnèse figurant dans le rapport précité du

E. 13

juin 2017 établi par les médecins du Neurocentre de E._____ fait ressortir que ses capacités intellectuelles sont intactes, qu'il est cordial dans ses contacts avec les médecins, que sa vie familiale est toujours stable, qu'il vit avec son épouse depuis 1988, que leurs enfants sont indépendants et actifs professionnellement, qu'il a deux petits-enfants qui lui donnent beaucoup de joie et qu'il a gardé le lien avec des couples d'amis de longue date. Ainsi, dans un contexte social préservé, on peut confirmer que le recourant a conservé certaines ressources. - S'agissant des limitations alléguées, les rapports des médecins du Neurocentre, à l'image des deux rapports d'expertise réalisés avant 2014, font état de limitations qui réduisent également dans une certaine mesure les activités de loisirs. Il faut toutefois rappeler le constat de l'expertise psychiatrique selon lequel le recourant, à une reprise au moins, s'était repris lorsque décrivant sa journée quotidienne, il allait dire « je me mets à bricoler », retenant sa phrase pour dire je me mets à brico... euh finalement ensuite je me recouche », ce qui donnait à penser qu'il fait un certain nombre de choses de plus qu'annoncé. Même si ce constat remonte désormais à plusieurs années, il conduit également à relativiser les indications selon lesquelles le recourant serait limité au point de ne pas arriver à se déplacer sans béquille. Cela est du reste confirmé par certains éléments ressortant du rapport établi par les médecins du Neurocentre le 13 juin 2017, donnant à penser que le recourant est en mesure d'améliorer sa mobilité lorsque les circonstances sont favorables: « Physiothérapie: [Er] hatte permanente Schmerzen lateralseits an beiden Beinen in Verbindung mit schwacher Beinmuskulatur. Er zeigte Bewegungseinschränkungen in der unteren Extremität und das Gehen war nur mit einem Gehstock möglich. Mit der Hilfe von Atemlenkung konnte er Stresssituationen gut kontrollieren. Er konnte im Freien barfuss auf dem Rasen längere Zeit ohne Gehstock stehen, ausserdem Volleyball spielen und war von den Schmerzen ziemlich abgelenkt, zeigte Freude und war entspannt. Mit begleiteter Trainingstherapie konnte [er] seine Muskulatur aufbauen. In der Badegruppe konnte [er] sich gut entspannen und zeigte ein gutes Bewegungsverhalten. » - Quant à l'utilisation des offres thérapeutiques existantes, il ne ressort pas du dossier que le recourant chercherait désormais à apaiser ses douleurs par la prise d'antalgiques, ce qu'il ne faisait que peu ou pas en 2014. Il peut également être relevé que le rapport d'expertise psychiatrique mentionnait déjà que « l'introduction d'un traitement antidépresseur pourrait également participer à une régulation centrale de l'antalgie, ce qui est un point important dans cette situation ». Or, on retrouve cette même recommandation, sans indication selon laquelle elle aurait été suivie, dans le certificat de la consultante en cardiopsychologie et dans la lettre de sortie du Neurocentre de E._____ (p. 3: « Mittelfristig Gabe eines Antidepressivums empfohlen »). Par ailleurs, alors qu'il lui a été clairement signifié par l'Office de l'assurance- invalidité dans la précédente décision rendue le 21 janvier 2014 – puis confirmé par l'arrêt de renvoi du 17 mai 2016 – que son état de santé doit lui permettre de travailler et qu'il lui appartient de tout mettre en mesure

pour surmonter ses douleurs, ce n'est qu'au courant de l'année 2017 qu'il s'est adressé au Neurocentre de E. _____, au moment même où se

Tribunal cantonal TC Page 17 de 20 discutait la planification d'un stage de réentraînement au travail. Ces constats attestent d'une réticence à utiliser les offres thérapeutiques existantes. - Plusieurs autres éléments extra-médicaux vont dans le même sens que ce qui précède. Entre autres, en dépit de la décision du 21 janvier 2014, confirmée sous l'angle médical par une décision judiciaire, le recourant reste convaincu que ses douleurs sont justifiées par une cause physique, qui ne serait pas encore établie, et qu'il est en colère contre cette situation. Le fait que ses douleurs proviendraient d'une allergie au cobalt aurait par ailleurs été prouvé (voir expertise psychiatrique). Ces éléments et d'autres paraissent à même de conforter le recourant dans la conviction que ces douleurs ont une cause particulière objective et qu'il est normal qu'elles persistent même en cas de prises d'analgésiques. Une telle position doit être assimilée à une forme d'autolimitation. Certes, depuis son séjour au Neurocentre de E. _____, celle-ci s'appuie désormais sur l'avis de médecins qui, en se fondant essentiellement sur les plaintes qu'il exprime, attestent une incapacité de travail entière. Cela n'enlève rien au fait que, même relayée par les médecins traitants, cette conviction n'est pas suffisante pour reconnaître l'existence d'une invalidité au sens de la loi. Eu égard également au constat que les médecins qui se sont exprimés sur cette question, y compris ceux du Neurocentre de E. _____, s'accordent sur le fait que ce sont encore et toujours les douleurs, bien plus que l'atteinte objective, qui marquent le recourant, il résulte de ce qui précède que celles-ci semblent presque exclusivement dépendre de facteurs extra-médicaux n'engageant pas la responsabilité de l'assurance-invalidité, à l'image de ce qui prévalait déjà en 2014. Il peut dès lors être confirmé, sans qu'il soit nécessaire de procéder à une nouvelle expertise, que les douleurs liées au syndrome douloureux ne s'opposent pas à ce que la capacité de travail médico-théorique du recourant soit fixée à 100% dans une activité adaptée, avec une diminution de rendement de 20%. 10. Vu la capacité de travail médico-théorique du recourant reconnue à hauteur de 100% dans une activité adaptée, avec une diminution de rendement de 20%, il est évident que le recourant était en mesure de s'investir pleinement dans le stage de réentraînement au travail auquel il a été finalement sommé de participer, après plusieurs renvois, à partir du 17 juillet 2017. 10.1. Contrairement à ce qui pouvait être attendu de lui, le recourant n'a pas fait preuve d'un réel investissement au profit de la réussite de la mesure. Dès le premier jour, il a relevé que, selon Dr M. _____, médecin auprès du Neurocentre de E. _____, le suivi du stage était contre- indiqué car il augmentait le risque pour sa santé (voir dossier AI p. 562). Puis, alors qu'il était censé être présent de 7:15 à 12:00 heures et de 13:00 à 15:45 heures, le recourant n'a jamais tenu cet horaire. Selon le maître socioprofessionnel référent du recourant, celui-ci disait, après deux heures de travail, qu'il avait trop de douleurs et demandait à rentrer à la maison (message du 2 août 2017, dossier AI p. 566). Le conseiller en réadaptation a lui aussi relevé que le recourant n'arrivait pas à remplir les objectifs fixés, à savoir un temps de présence de 100% avec un rendement diminué (voir message du 16 août 2017, dossier AI p. 567). Concrètement, il ressort de la carte de pointage figurant au dossier AI (p. 544) que le recourant a été présent le lundi 17 juillet 2017 de 7:57 à 11:58 heures et de 13:16 à 15:45 heures, le mardi

juillet 2017 de 7:15 à 11:07 heures, le jeudi 20 juillet 2017 de 7:15 à 11:55 heures, le lundi 24 juillet 2017 de 7:17 à 10:01 heures, le mardi 25 juillet 2017 de 7:26 à 9:14 heures, puis le Tribunal cantonal TC Page 18 de 20 mercredi 2 août 2017 de 7:21 à 10:11 heures et le jeudi 3 août 2017 de 7:19 à 9:23 heures. Le recourant produit quant à lui un autre tableau (pièce 4 du bordereau du recours) indiquant qu'il a également travaillé en plus le vendredi matin 21 juillet 2017 de 7:15 jusqu'à une heure non précisée, le lundi 7 août 2017 de 7:15 à 9:30 heures, le mercredi 9 août 2017 de 7:20 à 9:30 heures, le vendredi 11 août 2017 de 7:30 à 10:15 heures, le mercredi 16 août 2017 de 7:15 à 9:30 heures et le jeudi 17 août 2017 de 7:30 à 10:15 heures et que certaines de ces absences étaient liées à des consultations médicales (physiothérapie chaque mardis et vendredi, l'après-midi; E. _____ le mercredi 19 juillet; hypnose le vendredi matin 28 juillet 2017 et médecin généraliste le mardi matin 8 août 2017). Quoiqu'il en soit, il est établi que, sous réserve des trois premières matinées où il a été présent pour une durée avoisinant 4 heures et du premier après-midi, le recourant n'a de loin pas atteint l'objectif fixé consistant en un temps de présence de 4 heures et 45 minutes le matin et de 2 heures et 45 minutes l'après-midi. Ni les 2 jours fériés du mois d'août, ni les rendez-vous médicaux ne suffisent pas à excuser le nombre très élevé d'absences. Au contraire, on peut relever que la façon dont ils ont été agendés a eu pour effet de réduire de façon très importante le temps de présence du recourant, alors que celui-ci aurait très probablement pu s'organiser différemment, notamment en regroupant certains rendez-vous sur une seule journée ou fixant les rendez-vous de physiothérapie en fin de journée. Indépendamment de ces constats, c'est surtout les absences inexplicables du recourant et son incapacité systématique à assumer une présence durant la matinée complète qui interpelle.

10.2. Compte tenu de la capacité de travail médico-théorique qui est la sienne, même en prenant en considération les difficultés liées à la reprise d'un rythme de présence et de travail sur dix demi-journées par semaine, ces absences et cette incapacité systématique à respecter l'horaire prévu constituent des manquements du recourant à son devoir de collaboration dans le cadre de la mesure organisée dans son intérêt, destinée à lui permettre de retrouver confiance et de surpasser ses éventuelles craintes. Elles dénotent un manque de motivation évident, faisant écho à ses déclarations constantes selon lesquelles il n'est de toute façon pas en mesure de travailler, alors même qu'une capacité de travail lui est reconnue à la condition qu'une mesure de réentraînement au travail soit mise en place. Or, l'efficacité d'une telle mesure est d'emblée préteritée si l'assuré l'instrumentalise d'une façon ou d'une autre pour contester une nouvelle fois toute amélioration de sa capacité de travail. En particulier, vu les décisions rendues par l'Office de l'assurance-invalidité, le recourant ne pouvait pas se retrancher derrière les certificats médicaux de ses médecins traitants pour éviter de faire face à son devoir de collaboration et décider ainsi à sa guise d'être présent ou non sur le lieu de son stage. Compte tenu de cette attitude négative dont le recourant doit assumer les conséquences, la mesure de réentraînement au travail était ainsi vouée à un échec certain. C'est ainsi à bon droit que l'Office de l'assurance-invalidité a mis un terme au stage en retenant que la responsabilité de l'échec de la mesure incombait au recourant.

11. Sur le vu de ce qui précède, considérant d'une part l'échec du stage de réentraînement au travail dont le recourant doit assumer la responsabilité et d'autre part la capacité de travail médico-théorique du recourant de 100% dans une activité adaptée, avec une diminution de rendement de 20%, l'Office de l'assurance-invalidité n'avait d'autre choix que de retenir que le recourant avait une capacité de gain correspondant à cette capacité de travail.

Tribunal cantonal TC Page 19 de 20 11.1. A cet égard, l'ultime argument du recourant, selon lequel il était totalement illusoire d'exiger de lui qu'il retrouve du travail à trois ans de la retraite et avec un état de santé catastrophique, il tombe également à faux. En effet, à la fin août 2017, soit à la date où l'échec de la mesure de réentraînement au travail a cessé, le recourant avait un peu plus de 61 ans et quatre mois, de telle sorte qu'il avait encore plus de trois ans et demi avant l'âge légal de la retraite pour mettre à profit la capacité de travail qui pouvait lui être reconnue à ce moment-là. Quoiqu'il en dise, il n'avait dès lors pas encore atteint l'âge à partir duquel le Tribunal fédéral admet qu'il peut être plus difficile de se réinsérer sur le marché du travail (voir pour un exemple récent arrêt TF 8C_613/2017 du

E. 23

janvier 2018). Aussi, si l'âge du recourant pouvait limiter déjà à fin août 2017 dans une certaine mesure ses possibilités de retrouver un emploi, on ne saurait considérer qu'il rend à lui seul cette perspective illusoire. C'est d'autant moins le cas que, par sa propre attitude et son manque de motivation, le recourant a causé l'échec d'une mesure justement destinée à favoriser son retour sur le marché du travail. 11.2. Enfin, le calcul du taux d'invalidité du recourant figurant dans la décision attaquée du

E. 25

octobre 2017, prenant en compte un revenu sans atteinte à la santé de CHF 81'521.45 et un revenu avec atteinte à la santé de CHF 44'831.20, réalisable dans une activité adaptée à un taux de 100%, avec une diminution de rendement de 20%, n'est pas contesté. Il résulte de ce calcul un taux d'invalidité de 45%, qu'il y a lieu de confirmer. 11.3. La décision du 25 octobre 2017 doit ainsi être confirmée en tant qu'elle constate que le taux d'invalidité du recourant a été réduit depuis la communication du 27 septembre 2012 et que ce taux fixé désormais à 45% ouvre à celui-ci le droit à un quart de rente en lieu et place d'une rente entière, avec effet au 1er décembre 2017. Le recours sera en conséquence rejeté. 11.4. Les frais de procédure, par CHF 800.-, sont mis à la charge du recourant qui succombe. Ils sont compensés avec l'avance de frais versée. 11.5. Vu le sort du litige, il n'est pas alloué de dépens. (dispositif en page suivante)

Tribunal cantonal TC Page 20 de 20 la Cour arrête :

I. Le recours est rejeté. II. Les frais de procédure, par CHF 800.-, sont mis à la charge du recourant. Ils sont compensés par l'avance de frais versée. 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 30 janvier 2019/msu Le Président : La Greffière-stagiaire :