

FR_GERICHTE 608 2014 109 vom 17. November 2015

FR Kantonsgericht, 2015-11-17, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_608_2014_109

FR: FR_GERICHTE 608 2014 109 du 17 novembre 2015

IT: FR_GERICHTE 608 2014 109 del 17 novembre 2015

Regeste

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

Erwägungen

E. 31

mars 1999. Le calcul du montant de la rente par la Caisse de compensation du canton de Fribourg (ci-après: la Caisse), à Givisiez, mentionne un revenu annuel moyen déterminant de CHF 61'506.-, 8 années de cotisation de la classe d'âge, un an de cotisation pris en compte et une échelle de rente "06/rente partielle". Par communications des 28 août 2001, 31 mars 2004 et 7 août 2007, dans le cadre de procédures de révision d'office ultérieures, le droit du recourant à une rente entière a été confirmé. Les décisions et communications précitées n'ont pas été contestées. D. Dans le cadre d'une nouvelle révision d'office initiée en 2011, outre les rapports des médecins traitants et du SMR, l'OAI a pris en charge un stage d'entraînement à l'endurance auprès du I._____. Ce stage, repoussé plusieurs fois sur demande de l'assuré, a finalement débuté en janvier 2013. Il a été interrompu le 1er février 2013 en raison d'une incapacité de travail médicalement attestée par son psychiatre traitante. L'Office a aussi considéré nécessaire que son assuré se soumette à une expertise auprès du Dr J._____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie. Dans son rapport du 3 février 2014, le médecin a considéré que la capacité de travail était entière sur le plan psychique, estimant "qu'une année après l'expertise psychiatrique du Dr [G._____] , le 13.9.1999, la capacité de travail était rétablie sur le plan psychiatrique". Dans un projet de décision du 19 mars 2014, l'OAI a diminué la rente entière octroyée jusqu'alors à un quart de rente car, selon lui, la décision initiale était manifestement erronée. Pour ce motif, dans la mesure où les diagnostics des deux expertises se recoupaient, il a considéré que le droit à un quart de rente devait être retenu. Le 23 avril 2014, l'assuré a fait part de son désaccord avec le projet précité. Il a, en substance, souligné que les conditions de la révision et de la reconsidération n'étaient pas remplies et a demandé qu'une contre-expertise soit réalisée. Par décision du 15 mai 2014, l'OAI a maintenu sa position et réduit la rente entière octroyée jusqu'alors à un quart de rente. Par décision du 27 mai 2014, l'OAI a explicité le calcul de la rente et indiqué tenir compte d'un revenu annuel moyen déterminant de CHF 36'504.-, de 8 années de "cotisation de la classe d'âge", d'un an et six mois de "cotisation pris en compte" et de l'échelle de rente "6/rente partielle". Le 13 juin 2014, l'assuré a fait part de son désaccord avec ce calcul. E. Contre la décision du 15 mai 2014, l'assuré, représenté par Me Louis-Marc Perroud, avocat, interjette recours le 17 juin 2014 (cause 608 2014 109) concluant, avec suite de frais et dépens, à son annulation et au maintien de son droit à une rente entière ou, subsidiairement, à la diminution à une demi-rente dès le 1er juillet 2014. A l'appui de ses conclusions, il soutient d'abord que les conditions de la reconsidération ne sont pas remplies. Il affirme que lors de l'octroi initial,

l'Office n'ignorait pas que l'avis du Dr G. _____ n'était pas le même que celui de sa psychiatre et que c'était dès lors en connaissance de cause qu'il avait accordé pleine valeur probante au rapport de cette dernière. Dans cette optique, il estime que la condition de l'usage manifestement erroné du pouvoir d'appréciation n'est pas

Tribunal cantonal TC Page 4 de 20 remplie. Il conteste dans un deuxième temps la valeur probante des rapports du SMR figurant au dossier, à son avis dictés par les seuls intérêts de l'OAI. Il soutient ensuite que l'OAI a procédé à une nouvelle évaluation de la situation présente en 1999 sur la base de l'expertise de 2014. Il met par ailleurs en doute la valeur probante de cette seconde expertise, se fondant notamment sur un rapport de sa psychiatre traitante, et requiert la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire. Finalement, il se plaint que les conditions des différents stages n'étaient pas compatibles avec son état de santé, ce qui a justifié qu'il y mette fin sans qu'on puisse lui reprocher un manque de motivation. Dans un second mémoire de recours du 27 juin 2014 déposé devant la Cour de céans (cause 608 2014 118), il conteste la décision du 27 mai 2014 relative au calcul de sa rente. Il conclut à ce que celle-ci soit basée sur les "années effectives de travail effectuées [...] durant les années 1989 et 1996". A l'appui de sa conclusion, il affirme avoir travaillé durant sept ans dont il n'a pas été tenu compte pour fixer sa rente. Selon lui, cette correction doit être effectuée même s'il n'a pas déposé de recours contre la fixation des rentes précédentes. Le 1er juillet 2014, le délégué à l'instruction a informé les parties de la jonction des causes 608 2014 109 et 608 2014 118 et qu'une seule avance de frais serait perçue pour les deux affaires à hauteur de CHF 800.-. Le 21 juillet 2014, l'assuré s'est acquitté de ce montant. Dans ses observations du 29 octobre 2014, l'OAI conclut au rejet du recours. A l'appui de ses conclusions, il soutient que le rapport de la Dresse H. _____ – sur la base duquel il admet avoir octroyé la rente entière – n'avait pas de valeur probante et était en complète contradiction avec les autres documents de l'époque, notamment des rapports de son prédécesseur et de F. _____. Pour ces motifs, il maintient que sa décision de 1999 était manifestement erronée. S'agissant de l'expertise du Dr J. _____, il souligne qu'elle a permis de montrer que l'état de santé du recourant était stationnaire, la capacité de travail étant demeurée entière sur le plan psychique, et motive également pourquoi l'avis de la Dresse H. _____ ne pouvait être retenu à l'époque. Dans un second échange d'écritures, les parties campent sur leurs positions. Il sera fait état des arguments développés par elles à l'appui de leurs conclusions dans les considérants de droit du présent arrêt, pour autant que cela soit utile à la solution du litige.

1. Interjeté en temps utile auprès de l'autorité judiciaire compétente et dans les formes légales par un assuré directement touché par la décision et dûment représenté, le recours du 17 juin 2014 contre la décision du 15 mai 2014, est recevable.

2. Les différentes modifications de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI; RS 831.20) ont entraîné la modification de nombreuses dispositions légales, principalement dans le domaine de l'assurance-invalidité.

Conformément au principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 445), s'agissant du droit éventuel à une rente d'invalidité sur une période durant laquelle le droit applicable s'est modifié à plusieurs reprises, les circonstances commandent d'examiner le bien-fondé des décisions, pour leurs périodes respectives, à l'aune des dispositions

Tribunal cantonal TC Page 5 de 20 de la LAI alors en vigueur. Il convient en outre de rappeler que le juge n'a pas à prendre en considération les modifications de droit ou de l'état de fait postérieures à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 132 V 215 consid.

3.1.1 et 129 V 1 consid. 1.2). 3. a) 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. Selon l'art. 4 al. 1 LAI, dite invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. 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. L'art. 16 LPGA dispose que, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu du travail que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé à 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. En d'autres termes, le degré d'invalidité résulte de la comparaison du revenu d'invalide, soit ce que l'assuré est encore capable de gagner en utilisant sa capacité résiduelle de travail dans toute la mesure que l'on est en droit d'attendre de lui, avec le revenu sans invalidité, à savoir ce qu'il pourrait gagner si l'invalidité ne l'entravait pas (RCC 1963 p. 365). C'est l'application de la méthode ordinaire de comparaison des revenus. Cette comparaison s'effectue, en règle générale, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus (RCC 1985 p. 469). Le taux d'invalidité étant une notion juridique fondée sur des éléments d'ordre essentiellement économique, et non pas une notion médicale, il ne se confond donc pas forcément avec le taux de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 122 V 418). Toutefois, pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4, 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 3c, 105 V 156 consid. 1). b) 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

Tribunal cantonal TC Page 6 de 20 consid. 3.7.1; ATF 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, sous la nouvelle jurisprudence, 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; ATF 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; ATF 132 V 65 consid. 4.2.2; 131 V 49 consid. 1.2). Dans cet ATF 141 V 281, le Tribunal fédéral a en revanche abandonné la présomption qui prévalait jusqu'à ce jour, selon laquelle les syndromes du type troubles somatoformes douloureux et affections psychosomatiques assimilées peuvent être surmontés en règle générale par un effort de volonté raisonnablement exigible. Seule l'existence de certains facteurs déterminés pouvait, exceptionnellement, faire apparaître la réintégration dans le processus de travail comme n'étant pas exigible. Désormais, 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 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. Enfin, 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

Tribunal cantonal TC Page 7 de 20 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). Selon la jurisprudence, l'administration – lorsqu'un motif de révision est donné – examine le droit à la rente dans les faits et dans le droit de manière exhaustive ("bilatérale") et n'est pas liée par ses appréciations précédentes. Il n'est pas nécessaire qu'une modification de fait mène à une nouvelle fixation de la rente d'invalidité; au contraire il se peut que, pendant l'examen du droit à la rente, d'autres éléments mènent à une augmentation, une diminution ou une annulation de la rente (arrêt du Tribunal fédéral 9C_378/2014 du 21 octobre 2014 consid. 4.2). Ainsi, le revenu de valide en tant que valeur dans la comparaison des revenus est, dans le cadre d'une révision de rente au sens de l'art. 17 al. 1 LPGa, librement réexaminable, lorsque les pièces au dossier ou les allégués des parties le permettent. Dans cette affaire, le Tribunal administratif fédéral avait considéré ne pas être lié par son précédent arrêt dès lors que la force de chose jugée de celui-ci ne s'appliquait qu'à la période déterminante temporelle soumise à l'examen à l'époque et non pas à la réduction de rente ultérieure (arrêts du Tribunal fédéral 9C_163/2008 du 1er juillet 2008 consid. 3.3 et les références citées et 9C_721/2010 du 15 novembre 2010 consid. 3, lequel ne tranche pas la question de savoir si cet arrêt a valeur de précédent; cf. ég. I 176/04 du 20 septembre 2004 entre les mêmes parties). 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

Tribunal cantonal TC Page 8 de 20 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) L'art. 53 al. 1 LPGA prévoit que les décisions et les décisions sur opposition formellement passées en force sont soumises à révision si l'assuré ou l'assureur découvre subséquemment des faits nouveaux importants ou trouve des nouveaux moyens de preuve qui ne pouvaient être produits auparavant. La notion de faits ou moyens de preuve nouveaux s'apprécie de la même manière en cas de révision (procédurale) d'une décision administrative (art. 53 al. 1 LPGA), de révision d'un jugement cantonal (art. 61 let. i LPGA) ou de révision d'un arrêt fondée sur l'art. 123 al. 2 let. a loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral (LTF; RS 173.110; ATF 134 III 45 consid. 2.1 et les références citées). Sont "nouveaux" au sens de ces dispositions, les faits qui se sont produits jusqu'au moment où, dans la procédure principale, des allégations de faits étaient encore recevables, mais qui n'étaient pas connus du requérant malgré toute sa diligence. En outre, les faits nouveaux doivent être importants, c'est-à-dire qu'ils doivent être de nature à modifier l'état de fait qui est à la base de l'arrêt entrepris et à conduire à un jugement différent en fonction d'une appréciation juridique correcte (ATF 127 V 353 consid. 5b et les références; cf. ATF 134 III 669 consid. 2.2). Les preuves, quant à elles, doivent servir à prouver soit les faits nouveaux importants qui motivent la révision, soit des faits qui étaient certes connus lors de la procédure précédente, mais qui n'avaient pas pu être prouvés, au détriment du requérant. Dans ce contexte, le moyen de preuve ne doit pas servir à l'appréciation des faits seulement, mais à l'établissement de ces derniers. Ainsi, il ne suffit pas qu'une nouvelle expertise donne une appréciation différente des faits; il faut bien plutôt des éléments de faits nouveaux, dont il résulte que les bases de la décision entreprise comportaient des défauts objectifs. Pour justifier la révision d'une décision, il ne suffit pas que l'expert tire ultérieurement, des faits connus au moment du jugement principal, d'autres conclusions que le tribunal (arrêt TF 9C_178/2013 du 28 juin 2013 consid. 3.2; ATF 127 V 353 consid. 5b). f) Selon l'art. 53 al. 2 LPGA, l'assureur peut revenir sur les décisions ou les décisions sur opposition formellement passées en force lorsqu'elles sont manifestement erronées et que leur rectification revêt une importance notable.

Tribunal cantonal TC Page 9 de 20 Pour juger s'il est admissible de reconsidérer une décision, il faut se fonder sur la situation juridique existant au moment où cette décision a été rendue, compte tenu de la pratique en vigueur à l'époque (ATF 125 V 383 consid. 3 p. 389 sv., 119 V 475 consid. 1b/cc p. 479). Par le biais de la reconsidération, on corrigera une application initiale erronée du droit, de même qu'une constatation erronée résultant de l'appréciation des faits (ATF 117 V 8 consid. 2c, 115 V 308 consid. 4a/cc p. 314). Pour des motifs de sécurité juridique, l'irrégularité doit être manifeste, de manière à éviter que la reconsidération devienne un instrument autorisant sans autre limitation un nouvel examen des conditions à la base des prestations de longue durée. En particulier, les organes

d'application ne sauraient procéder en tout temps à une nouvelle appréciation de la situation après un examen plus approfondi des faits. Ainsi, une inexactitude manifeste ne saurait être admise lorsque l'octroi de la prestation dépend de conditions matérielles dont l'examen suppose un pouvoir d'appréciation quant à certains de leurs aspects ou de leurs éléments, et que la décision initiale paraît admissible compte tenu de la situation antérieure de fait et de droit. S'il subsiste des doutes raisonnables sur le caractère erroné de la décision initiale, les conditions de la reconsidération ne sont pas remplies (arrêts TF 9C_575/2007 du 18 octobre 2007 consid. 2.2; I 907/06 du 7 mai 2007 consid. 3.2.1). g) Avant de réduire ou de supprimer une rente d'invalidité, l'administration doit examiner si la capacité de travail que la personne assurée a recouvrée sur le plan médico-théorique se traduit pratiquement par une amélioration de la capacité de gain et, partant, une diminution du degré d'invalidité ou si, le cas échéant, il est nécessaire de mettre préalablement en œuvre une mesure d'observation professionnelle (afin d'établir l'aptitude au travail, la résistance à l'effort, etc.), voire des mesures de réadaptation au sens de la loi. 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 et les références, in SVR 2011 IV n° 30 p. 86; voir également arrêt TF 9C_368/2010 du 31 janvier 2011 consid. 5). La jurisprudence considère qu'il existe des situations dans lesquelles il convient d'admettre que des mesures d'ordre professionnel sont nécessaires, malgré l'existence d'une capacité de travail médico-théorique. Il s'agit des cas dans lesquels la réduction ou la suppression, par révision (art. 17 al. 1 LPGA) ou reconsidération (art. 53 al. 2 LPGA), du droit à la rente concerne une personne assurée qui est âgée de 55 ans révolus ou qui a bénéficié d'une rente pendant quinze ans au moins. Cela ne signifie pas que la personne assurée peut se prévaloir d'un droit acquis dans le cadre d'une procédure de révision ou de reconsidération; il est seulement admis qu'une réadaptation par soi-même ne peut, sauf exception, être exigée d'elle en raison de son âge ou de la durée du versement de la rente (arrêt TF 9C_228/2010 du 26 avril 2011 consid. 3.3 et 3.5, in SVR 2011 IV n° 73 p. 220; voir également arrêt TF 9C_254/2011 du 15 novembre 2011 consid. 7). h) Au sens de l'art. 43 al. 1, 1ère phrase LPGA, l'assureur examine les demandes, prend d'office les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin. L'art. 43 al. 2 LPGA prévoit pour sa part que l'assuré doit se soumettre à des examens médicaux ou techniques si ceux-ci sont nécessaires à l'appréciation du cas et qu'ils peuvent être raisonnablement exigés. Selon l'art. 28 al. 2 LPGA, celui qui fait valoir son droit à des prestations

Tribunal cantonal TC Page 10 de 20 doit fournir gratuitement tous les renseignements nécessaires pour établir ce droit et fixer les prestations dues. L'art. 43 al. 3 LPGA dispose que si l'assuré refuse de manière inexcusable de se conformer à son obligation de renseigner ou de collaborer à l'instruction, l'assureur peut se prononcer en l'état du dossier ou clore l'instruction et décider de ne pas entrer en matière; il doit lui avoir adressé une mise en demeure écrite l'avertissant des conséquences juridiques et lui impartissant un délai de réflexion convenable. Le dispositif est complété par l'art. 7b al. 2 LAI prévoyant qu'il peut être renoncé à la mise en demeure et au délai de réflexion si l'assuré ne communique pas les

renseignements dont l'Office AI a besoin pour remplir les tâches qui lui sont assignées par la loi. Selon la jurisprudence, la mise en demeure doit indiquer de façon suffisamment explicite ce que l'autorité attend de l'assuré. En outre, lorsque l'assuré ne donne pas suite à une mise en demeure, l'administration peut prononcer une décision de non-entrée en matière uniquement si les informations requises sont nécessaires pour éclaircir l'état des faits et déterminer les prestations dues et qu'elle ne peut se procurer celles-ci sans frais importants. Cela signifie par voie de conséquence que dès lors que l'autorité inférieure peut se prononcer sur la base de l'état de fait, la sanction de la non-entrée en matière ne lui est plus ouverte. Inversement, dès lors que le dossier ne lui permet pas de se prononcer, l'autorité inférieure prononce une décision de non-entrée en matière (arrêt TAF C-6129/2012 du 18 septembre 2013 consid. 6.1.2). i) 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). Enfin, l'on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou un juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait

Tribunal cantonal TC Page 11 de 20 qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire (arrêt TF 9C_201/2007 du 29 janvier 2008). Lorsqu'il est constaté que la cause n'est pas suffisamment instruite sur le plan médical, les tribunaux cantonaux devront, en règle générale, ordonner une expertise judiciaire, à la charge de l'assureur, lorsqu'ils estimeront qu'un état de fait médical nécessite des mesures d'instruction sous forme d'expertise ou lorsqu'une expertise administrative n'a pas de valeur probante sur un point juridiquement déterminant. Un renvoi à l'assureur demeure néanmoins possible lorsqu'il est justifié par une question nécessaire demeurée jusqu'ici non éclaircie ou lorsque certaines affirmations d'experts nécessitent des éclaircissements, des précisions ou des compléments (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4). Quand une expertise ne répond pas suffisamment aux

questions auxquelles il faut répondre, selon la nouvelle jurisprudence en lien avec les troubles somatoformes douloureux, le Tribunal fédéral a laissé ouverte la possibilité d'un renvoi à l'administration afin que soient posées les questions complémentaires à l'expert (ATF 141 V 281 consid. 10.1.3). 4. Il convient dans un premier temps d'examiner le droit de l'autorité intimée de procéder à une diminution de la rente octroyée au recourant en se fondant sur les règles relatives à la reconsidération (art. 53 al. 2 LPG), comme affirmé dans la décision litigieuse et lors de l'échange des écritures, voire sur celles relatives à la révision procédurale (art. 53 al. 1 LPG). En l'espèce, l'OAI allègue que, dans sa décision du 16 décembre 1999, il s'était uniquement fondé sur un rapport du 16 mars 1999 de la Dresse H. _____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie. Selon lui, ce rapport ne pouvait pas servir de base à une telle décision en raison de son absence de valeur probante pour différents motifs. L'Office souligne aussi que ce rapport était déjà à l'époque en complète contradiction avec les autres documents, notamment une expertise du Dr G. _____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, un rapport du Dr K. _____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, et des rapports de F. _____. Force est d'admettre avec l'autorité intimée que l'octroi initial d'une rente entière à l'assuré semble être le résultat d'une interprétation généreuse du dossier assécurologique. Les médecins, l'expert et les conseillers en réadaptation relevaient en effet pour la plupart l'existence d'une importante capacité de travail résiduelle dans une activité adaptée, tant sur les plans rhumatologique, allergique que psychique (cf. not. dossier OAI, pièces 265, 276, 295, 313, 358, 435, 479 et 517). Ces rapports avaient, dans un premier temps, conduit l'OAI à retenir un degré d'invalidité de 42% et à octroyer une demi-rente pour situation économiquement pénible (projet du 20 novembre 1998, dossier OAI, pièce 526). Le dispositif a été modifié après réception des rapports de la Dresse H. _____ et du Dr L. _____, spécialiste FMH en médecine interne générale (dossier OAI, pièces 559, 563 et 575). C'est à ce stade uniquement qu'une rente entière a été octroyée. Il convient de relever qu'à l'époque, le Dr G. _____ avait émis l'hypothèse d'une dégradation de l'état de santé de l'assuré (dossier OAI, pièce 517). Pour sa part, la psychiatre traitante constatait la présence d'une dépression sévère avec une incapacité totale de travail. Toutefois, elle estimait encore possibles une amélioration des troubles et une réadaptation (dossier OAI, pièce 559). Dans ces conditions, il faut admettre que l'OAI avait alors considéré préférable d'octroyer temporairement une rente à son assuré, sous réserve d'un réexamen du cas, afin de tenir compte de ladite évolution. Une telle révision avait d'ailleurs été agendée à septembre 1999 (dossier OAI, pièce 579). On constate en revanche que, dans le cadre des révisions ultérieures, aucun examen détaillé de l'état de santé, notamment en relation avec l'amélioration et l'efficacité du traitement psychiatrique conseillé par l'expert, n'a été diligenté. Rétrospectivement, cela paraît peu

Tribunal cantonal TC Page 12 de 20 compréhensible, particulièrement en présence de remarques de l'expert relatives aux effets négatifs d'une attestation d'une incapacité de travail de longue durée. On peut certes, aujourd'hui, contester la valeur probante de l'appréciation de la psychiatre traitante. Tout comme l'expert avant elle, la Dresse H. _____ avait effectué son examen avec la seule aide de l'épouse du recourant qui officiait en tant qu'interprète, ce qui remet en cause la valeur probante de ce rapport (cf. ATF 140 V 260 consid. 3.2 et 3.3). Il semble également manifeste qu'elle n'avait pas eu à disposition le dossier assécurologique et n'avait notamment pas discuté des conclusions des autres psychiatres ayant examiné l'assuré et conclu à l'existence d'une capacité de travail résiduelle (cf. not. dossier OAI, pièces 295, 517, 574 et 575). La lecture du rapport médical

montre encore que l'anamnèse et les constats étaient dictés, à tout le moins partiellement, par les seules plaintes du patient. Des facteurs étrangers à l'invalidité, semblaient aussi influencer l'évaluation de la psychiatre (not. peur de l'avenir et difficultés financières qui avaient provoqué "une grave péjoration de son état psychique"). En outre, il n'appartenait pas à la psychiatre traitante d'évaluer l'effet des troubles somatiques sur la capacité de travail mais aux spécialistes somaticiens. Cependant, ces éléments ne permettent pas de retenir que la décision initiale était manifestement erronée puisque le Dr G. _____ prédisait également une possible aggravation de la situation sur le plan psychique. Quand bien même l'appréciation de la situation médicale était particulièrement favorable à l'assuré, on ne saurait procéder, par le biais de la reconsidération, à un nouvel examen des conditions matérielles à la base des prestations. Force est de constater qu'en présence des avis d'une spécialiste en psychiatrie et d'un médecin généraliste, la décision initiale n'était pas complètement inadmissible ou erronée. Pour sa part, l'expertise du Dr J. _____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, ne peut être considérée comme un moyen de preuve nouveau mettant en évidence des faits nouveaux démontrant que la décision initiale était erronée au sens de l'art. 53 al. 1 LPGA. L'expert le relève par ailleurs expressément lorsqu'il soutient que les diagnostics qu'il mentionne sont une "autre formulation de ce que l'expert précédent [avait] retenu" et qu'il ajoute "si des mesures de réinsertion avaient été effectuées, le 40% d'incapacité de travail (bien nommé transitoire par le Dr [G. _____]) aurait au plus tard été dépassé 6 mois à 12 mois après le constat, à savoir au plus tard le 13.09.1999" (dossier OAI, pièce 907). Partant, et quand bien même la décision d'octroi initiale d'une rente entière et, surtout, sa confirmation pendant des années paraissent aujourd'hui difficiles à admettre, les conditions d'une révision procédurale au sens de l'art. 53 al. 1 LPGA et d'une reconsidération au sens de l'art. 53 al. 2 LPGA ne sont pas remplies. 5. Par substitution de motifs, reste à examiner si les conditions d'une révision au sens de l'art. 17 LPGA sont réalisées, ce qui implique de vérifier si l'état de santé du recourant s'est ou non modifié depuis l'octroi d'une rente entière au point de devoir entraîner une amélioration de sa capacité de gain. En d'autres termes, il sied de comparer les faits qui prévalaient au moment de l'octroi d'une rente entière, par décision du 26 juillet 1999, avec ceux prévalant au moment de la décision attaquée, le 15 mai 2014. Les communications intervenues dans l'intervalle ne résultent pas d'un examen matériel du droit à la rente, l'OAI s'étant contentée de requérir les rapports des médecins traitants de son assuré. Elles ne peuvent dès lors pas constituer le point de départ temporel de comparaison.

Tribunal cantonal TC Page 13 de 20 a) Sur le plan somatique, le recourant se plaint de troubles pulmonaires et allergiques – en relation avec des difficultés respiratoire et un asthme bronchique – ainsi que de troubles rhumatologiques (lombalgies). aa) Lors de l'octroi initial d'une rente entière, s'agissant des troubles pulmonaires et allergiques, le Dr M. _____, spécialiste FMH en pneumologie et en médecine interne générale, diagnostiquait depuis longtemps un asthme bronchique chronique suite à un asthme dû aux isocyanates (rapport du 27 septembre 1998, dossier OAI, pièce 520). Il affirmait que la capacité de travail de son patient dans une activité adaptée était de 50% dès juin 1997 et de 100% par la suite. Cette activité ne devait pas l'exposer à "l'inhalation d'irritants non spécifiques tels que fumée, poussières, exposition à des intempéries, à l'humidité et au froid de même qu'un effort. De même, il devrait s'agir d'un travail sédentaire et sans effort" (rapport du 30 septembre 1997, dossier OAI, pièce 435; cf. ég. pièce 520). Tant ces diagnostics que ces conclusions sur la capacité de travail étaient partagées par le Dr N. _____, spécialiste FMH en médecine interne générale et en pneumologie. Celui-ci

affirmait que son patient était entièrement apte à travailler moyennant les précautions suivantes: absence d'effort et d'exposition à des milieux fermés, pollués ou contenant des substances irritantes. Il attestait de cette capacité entière de travailler depuis le 21 octobre 1996 (rapport du 29 octobre 1996, dossier OAI, pièce 245; cf. ég. dossier OAI, pièces 572 et 224). Les médecins de E._____, les Drs O._____, spécialiste FMH en pneumologie, en médecine interne générale et en médecine physique et réadaptation, et P._____, spécialiste FMH en pneumologie et médecine interne générale, fixaient quant à eux la capacité de travail de leur patient à 100% "für leichte bis mittelschwere Arbeiten ohne Exposition zu Isocyanaten und unspezifische inhalative Noxen" (rapport du 18 juin 1996, dossier OAI, pièce 265; cf. ég. pièce 200). La Dresse Q._____, spécialiste FMH en allergologie et immunologie clinique, ne mentionnait qu'une incapacité de travail de six jours en 1997 (certificat du 25 mars 1997, dossier OAI, pièce 311; cf. ég. pièce 310). S'agissant ensuite des troubles rhumatologiques, dans son rapport du 14 avril 1999, le Dr L._____ signalait la présence d'un syndrome lombo-spondylogène avec canal spinal étroit et protrusion L4-L5 et L5-S1, irradiant dans le membre inférieur. Le médecin ne disait cependant mot de l'influence de ces troubles sur la capacité de travail (dossier OAI, pièce 563). Le diagnostic est en substance confirmé par la Dresse R._____, spécialiste FMH en rhumatologie, bien qu'elle ne traite pas non plus de la capacité de travail (rapport du 16 mai 1997, dossier OAI, pièce 278). Dans un rapport du 27 septembre 1998 destiné à la D._____, le Dr M._____ mentionnait aussi des lombo-sciatalgies, sans lien avec les troubles allergiques et pulmonaires. Selon lui, ces troubles jouaient un rôle dans l'évolution du cas sans que la question ne soit plus approfondie (dossier OAI, pièce 520). Seuls les Drs S._____ et T._____, tous deux spécialistes FMH en rhumatologie et médecine interne générale, avaient examiné l'influence des troubles rhumatologiques sur la capacité de travail. A leur avis, l'assuré avait "la capacité fonctionnelle de reprendre son travail, à condition qu'il ne doive pas porter des charges dépassant 15kg, et ne [doive] pas parcourir de longues distances en portant de telles charge" (rapport du 3 juin 1997, dossier OAI, pièce 276). Il appert de ce qui précède que, sur le plan somatique, la capacité de travail de l'assuré était à l'époque entière dans une activité adaptée. Cette dernière ne devait pas exposer le recourant à l'inhalation de divers irritants (fumée, poussières), à certaines conditions (intempéries, humidité, froid) ainsi qu'éviter le port de charge lourdes.

Tribunal cantonal TC Page 14 de 20 bb) Suite à la décision initiale d'octroi d'une rente entière, la Cour constate que l'état de santé n'a pas évolué de manière significative sur le plan somatique. C'est ce que retient le Dr U._____, spécialiste FMH en médecine interne générale, du SMR, lorsqu'il souligne que l'exigibilité du point de vue somatique reste identique dans une activité légère, sans aggravation ni amélioration (rapport du 30 juillet 2013, dossier OAI, pièce 862). C'est également ce qui ressort de la plupart des autres rapports de somaticiens. Ainsi, en 2001, le Dr M._____ rappelait que son patient bénéficiait d'une rente entière à 100%. Objectivement, il fixait à 30% l'influence des troubles respiratoire sur l'incapacité de travail. Toutefois celle-ci était selon lui "plus en relation avec le syndrome dépressif qu'avec le problème pulmonaire [alors] bien stabilisé". Il faisait part d'une obstruction bronchique modérée, avec une fonctionnalité s'améliorant progressivement et des plaintes subjectives identiques (dossier OAI, pièces 586, 617, 748, 755, 765 et 769). Par la suite et depuis 2003, le médecin estime que son patient est entièrement apte à travailler, sous réserve d'une possible perte de rendement "impossible à dire d'emblée", dans une activité ne demandant pas d'effort et sans exposition à la poussière, à la fumée, au froid et au chaud (dossier OAI, pièces 656, 690, 774, 777 et 792). Selon lui,

les fonctions pulmonaires de son patient sont désormais proches de la normalité (dossier OAI, pièces 774, 777 et 827). Pour leurs parts, les Drs V._____, spécialiste FMH en spécialiste FMH en rhumatologie et en médecine interne générale, W._____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, et X._____, spécialiste FMH en urologie, ne mentionnent pas d'incapacité de travail en relation avec les diagnostics qu'ils émettent (dossier OAI, pièces 841, 851, 855 et 861). Les Drs Q._____, N._____, S._____ et T._____ ne sont plus consultés par l'assuré depuis septembre 1999 (questionnaires pour la révision de la rente d'invalidité, dossier OAI, pièces 581, 613, 648, 681 et 703). Seul le Dr L._____, consulté par l'assuré jusqu'en décembre 2006, affirme que son patient est en incapacité totale de travailler depuis 1989 en raison d'une triple pathologie psychiatrique, rhumatologique et allergique (dossier OAI, pièces 563, 583, 615, 662 et 681). Cependant, le médecin n'étant plus consulté par l'assuré depuis plus de sept ans, cet avis ne saurait refléter la situation actuelle. Partant, sur le plan somatique, une amélioration s'agissant des troubles respiratoires étant attestée de surcroît, la capacité de travail doit toujours être considérée comme entière dans une activité adaptée sans exposition à l'inhalation de divers irritants (fumée, poussières) et à certaines conditions (intempéries, humidité, froid) ainsi qu'évitant le port de charge lourdes. Pour les mêmes raisons, il est renoncé, par appréciation anticipée des preuves, à diligenter des mesures d'instruction médicale complémentaires sur le plan somatique. b) On peut légitimement déduire de ce qui précède que c'est pour l'essentiel la problématique psychiatrique qui a conduit l'OAI à retenir un taux d'invalidité de 100% dans la décision du 26 juillet 1999. Il convient dès lors d'examiner si celle-ci a évolué au point de modifier le droit à la rente. aa) Dans son rapport d'expertise du 12 septembre 1998, le Dr G._____ mentionnait les diagnostics suivants: "Endo-reaktive Dysthymie [WEITBRECHT] ICD-10 F34.1 nach seelischer Dauerbelastung bei einer narzisstisch gekränkten, eher asthenischen Persönlichkeit, gekennzeichnet durch ein dysphorisch-hypochondrisch-depressives Syndrom mit Tendenz zur Vitalisierung bei abnormen Krankheitsverarbeitungsmuster (allergisches Asthma auf Isocyanat) mit Tendenz zu Symptorausweitung auf einem Hintergrund soziokultureller und psychosozialer Migrationsproblematik". A son avis, sur le plan psychiatrique et en l'absence de traitement, la capacité de travail était de 60% dans l'ancienne activité. Il précisait encore ce qui suit: "Die psychische Komponente [...] zeigt im Moment eine Tendenz zu steilem Anstieg. Ich halte es für enorm wichtig, dass keine langdauernde, volle Arbeitsunfähigkeit attestiert wird, um eine weitere Chronifizierung zu verhindern" (dossier OAI, pièce 517). Outre que l'expert n'utilise pas de terminologie standardisée, force est de constater qu'il avait effectué son examen avec l'aide de l'épouse du recourant qui officiait en tant que seule interprète des propos de son mari. Ce fait remet en cause la valeur probante de son rapport (cf. ATF 140 V 260 consid. 3.2 et 3.3). La question de la valeur probante de l'expertise du Dr G._____ peut cependant rester ouverte dans la mesure où, dans sa décision du 26 juillet 1999, l'autorité intimée s'était écartée des conclusions de l'expert psychiatre. La Cour rappelle à cet égard qu'aucune explication ne figure au dossier permettant d'expliquer les motifs d'un tel écart. On peut, en revanche, déduire des pièces présentées que l'Office s'était fondé – pour juger de la capacité de travail – sur le rapport médical du 16 mars 1999 de la Dresse H._____. Dans ce rapport, la psychiatre indiquait que son patient présentait "un état dépressif sévère, des idées suicidaires et certains équivalents d'allure plutôt prépsychotique, une forte attitude interprétative envers l'entourage et le corps médical". Le patient avait l'impression que tout était dirigé contre lui et se sentait incompris et non reconnu dans sa souffrance. Selon elle,

l'incapacité de travail était "de l'ordre de 100% [...] en tenant compte de sa pathologie psychiatrique". Par contre, elle ajoutait que "probablement, après un certain temps de traitement, il [serait] important d'évaluer la possibilité d'une certaine réadaptation sous la forme d'une formation ou autre orientation professionnelle" (dossier OAI, pièce 559). Le 14 avril 1999, le Dr L._____ avait approuvé les conclusions de la psychiatre, considérant qu'une invalidité de 42% "sous-estim[ait] sa triple problématique (psychiatrique, rhumatologique ainsi qu'allergique)" (dossier OAI, pièce 559). Ainsi, du moment que, dans sa décision du 26 juillet 1999, l'OAI avait repris les conclusions de la Dresse H._____, il faut retenir que lors de l'octroi initial, il avait estimé que la capacité de travail de l'assuré était nulle sur le plan psychique sur la base d'un diagnostic de sévère dépression. C'est dès lors sur la base de ce diagnostic et de cet effet sur la capacité de travail qu'il faut évaluer s'il y a eu entretemps une amélioration de l'état de santé ou de la capacité de travail. bb) Il sied par conséquent de comparer cette conclusion avec les faits prévalant au moment de la décision attaquée, le 15 mai 2014. Dans son rapport d'expertise du 3 février 2014, le Dr J._____ relève que "si des mesures de réinsertion avaient été effectuées, le 40% d'incapacité de travail (bien nommé transitoire par le Dr [G._____]) aurait au plus tard été dépassé 6 mois à 12 mois après le constat, à savoir au plus tard le 13.09.1999". Constatant ainsi expressément une amélioration de l'état de santé, il pose des diagnostics qualifiés de semblables à ceux retenus par le Dr G._____, soit une "dysthymie/dysphorie (F34.0)", un "dysfonctionnement neurovégétatif somatoforme avec prédominance au système respiratoire (F45.33)", de "tendance neurasthénique accentuée (F48.0)" et une "majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques et sociales; processus d'invalidation très avancé (F68.0)" (dossier OAI, pièce 907). Mis à part ce qui sera exposé ci-dessous, l'expertise menée par le Dr J._____ peut être considérée, de façon générale, comme concluante. Le travail fourni par son auteur est de qualité. Bien que ne faisant mention expresse que de quelques rapports représentatifs du dossier AI (le Tribunal cantonal TC Page 16 de 20 dossier faisant plus de 900 pages), l'anamnèse doit être considérée comme complète. L'expert a pris en compte d'une manière détaillée les plaintes subjectives du recourant, celui-ci ayant pu être interrogé à l'aide d'un traducteur professionnel, et a procédé à un examen clinique approfondi. Les conclusions sont claires et précises et les explications pour retenir tel ou tel diagnostic ou pour interpréter tel ou tel résultat sont convaincantes. L'expertise du Dr J._____ n'est pas mise en doute par les rapports figurant dans le dossier asséculo-logique. Outre que la relation de confiance qui unit un médecin traitant à son patient permet déjà de mettre en doute sa position (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées), il convient particulièrement de souligner que la psychiatre de l'assurée, la Dresse H._____, ne convainc pas lorsqu'elle remet en cause l'avis de l'expert dans son rapport du 12 juin 2014. Force est d'abord de constater que la psychiatre interprète à sa manière les pièces du dossier. Elle fait par exemple conclure le Dr K._____ à une incapacité partielle de travailler alors même qu'il estime que son patient n'a jamais présenté d'incapacité de travail (cf. dossier OAI, pièce 295). Elle affirme aussi que le Dr J._____ considère les troubles somatiques prédominant sur les troubles psychiques, sortant cette affirmation du contexte de l'anamnèse, des plaintes ou de la symptomatologie (cf. dossier OAI, pièce 907, not. p. 5, 11, 19 et 20). Au contraire, comme il le relève expressément, "pour être cartésien [...], ce n'est pas au psychiatre de se prononcer sur ces parties [somatiques]" (cf. dossier OAI, pièce 907, not. p. 20). Sur ce plan, il convient par contre de relever que, pour sa part, la Dresse H._____ fonde justement son appréciation sur des troubles tant psychiques que somatiques (cf. "L'expert [...] dit qu'il

y a toujours eu une symptomatologie somatique et que celle-ci était prédominante sur le reste du tableau clinique. Ceci n'exclut de toute manière pas la pathologie psychiatrique étant donnée qu'elle est liée et il parle plus tard de la problématique somatique, psychiatrique et neurologique. Je trouve encore une fois qu'il s'agit d'une accumulation de tous ses symptômes et qu'il est très dommage de [considérer son patient] comme un simulateur et qu'on ne reconnaisse pas sa souffrance", bordereau recours, pièce 2; "le problème qui existe est un problème d'un grave asthme pulmonaire et en même temps des troubles psychiques importants", dossier OAI, pièce 867; "la grande difficulté du patient est surtout sur le plan respiratoire, il a des complications de plus en plus graves sur le plan pulmonaire", dossier OAI, pièce 787). Elle est, ainsi, en totale contradiction avec des spécialistes en la matière qui considèrent au contraire l'assuré comme entièrement apte à travailler sur le plan somatique. Ce hiatus illustre le fait que la psychiatre fonde son rapport médical surtout sur les plaintes de son patient sans prendre en compte les constats, récents ou anciens, des autres médecins spécialistes ou généralistes. Par ailleurs, dans l'ensemble de ses rapports, elle ne formule aucun diagnostic au sens du DSM ou de l'ICD-10 ni n'étaie ses conclusions par un raisonnement argumenté (rapport du 12 juin 2014, bordereau recours, pièce 2; cf. ég. dossier OAI, pièces 584, 619, 669, 787, 833 et 868). Cela étant, bien que l'expertise soit, globalement, considérée comme concluante, l'expert diagnostique des troubles de type somatoforme. Il souligne expressément qu'au fond, "les différents aspects mentionnés [notamment: fixation subjective, démonstration, non-collaboration, passivité, régression, manque de motivation] donnent ici une réponse assez claire: basé sur sa conviction d'être malade et invalide à différents niveaux, l'assuré a toujours montré à sa manière à son entourage que ça ne faisait aucun sens de le contraindre. Il y a donc depuis toujours un aspect de démonstration". Il conclut aussi qu'objectivement, il n'y a "aucune incapacité de travail de principe. Théoriquement, toute personne avec la même panoplie diagnostique (psychiatrique) est susceptible de dépasser les limitations fonctionnelles amenées par cette problématique". Il relève cependant que "les chances de revenir en arrière de cette manière sont extrêmement

Tribunal cantonal TC Page 17 de 20 minces vu la progression des facteurs non médicaux, du processus d'invalidation et le soutien quasi inconditionnel de son médecin" (dossier OAI, pièce 907). Cette différence entre un pronostic "objectif" favorable un pronostic "subjectif" négatif est aussi souligné par d'autres médecins, sans que l'on soit certain qu'il n'y ait pas une exagération des symptômes (cf. not. le côté "démonstratif et revendicateur" relevé dans les pièces 61 et 313; celui d'attitude "plaintive et démonstrative" à la pièce 473; l'hypocondrie relevée par le Dr G. _____ à la pièce 517). Or, au vu de la nouvelle jurisprudence du Tribunal fédéral, il n'est pas possible d'apprécier à sa juste valeur l'ensemble de ces circonstances, indices et autres éléments qui entrent désormais en considération. Le dossier comporte dès lors une lacune qu'il sied de combler par un renvoi à l'autorité intimée. Le Dr J. _____ peut, par un complément, approfondir les questions encore en suspens, notamment celle de l'influence des diagnostics psychiatriques face aux ressources de l'assuré (Indikatoren ; cf. ATF 141 V 281 consid. 4) et si, après un bilan global des éléments tant positifs que négatifs, l'assuré est objectivement en mesure de surmonter ses problèmes de santé. Partant, des mesures d'instruction complémentaires s'imposent. 6. Quoi qu'il en soit, un renvoi serait de toute manière justifié pour le motif qui suit. Au moment de la reconsidération ici litigieuse, l'assuré était au bénéfice d'une rente entière depuis 1997, soit depuis plus de quinze ans. Il satisfaisait donc à la condition permettant d'admettre que des mesures d'accompagnement à sa réintégration

professionnelle étaient nécessaires. En l'état du dossier, il n'apparaissait pas concevable qu'il puisse reprendre du jour au lendemain une activité lucrative sans que ne soient mises préalablement en œuvre des mesures destinées à l'aider à se réinsérer dans le monde du travail. Il n'a notamment plus exercé d'activité lucrative depuis 1989 – soit depuis plus de vingt ans – à l'exception de courts contrats temporaires, programmes d'occupation ou stages mis en place par la commune de domicile et l'OAI. En l'espèce, le recourant a bénéficié d'un entraînement à l'endurance auprès du I. _____ à un taux progressif. Initialement fixé du 3 septembre au 2 décembre 2012, son début a été plusieurs fois repoussé par le recourant qui se plaignait d'exposition aux poussières et à l'odeur de peinture suite à des travaux de rénovation. Le 7 janvier 2013, l'assuré est entré dans l'institution et a débuté son stage (cf. dossier OAI, pièces 808 à 825). Le stage a été interrompu un mois plus tard, suite à la présentation par l'assuré d'un certificat médical (dossier OAI, pièces 828 et 829). Sa psychiatre y précisait que son patient avait "des problèmes de concentration, de rester dans un espace fermé, des problèmes de dos (surtout en position [assise]) et des problèmes respiratoires qui sont de 2 sortes: certainement d'origine pulmonaires (asthme bronchique) et en même temps la peur dans les espaces fermés" (rapport du 7 février 2013, dossier OAI, pièce 833). Dans leur rapport du 7 février 2013, les responsables du centre précisaient quant à eux que, jusqu'à la fin du stage, l'assuré se plaignait des odeurs présentes sur place, même si elles s'étaient bien atténuées. Ils soulignaient particulièrement la difficulté de lui trouver une place de travail qui lui convienne, l'assuré se plaignant d'odeurs de fumée, lorsqu'une personne soudait, ou de poussières, en présence de cartons et de tissus (dossier OAI, pièce 836). L'assuré a donc été mis au bénéfice d'une mesure de réinsertion en 2012 déjà, alors même que son état de santé psychique n'avait pas été investigué par le Dr Y. _____. Se pose dès lors la question de la reconnaissance de cette mesure comme une mesure de réadaptation au sens de l'arrêt 9C_228/2010 précité.

Tribunal cantonal TC Page 18 de 20 Dans l'hypothèse où la mesure d'entraînement à l'endurance devait être considérée comme une mesure de réadaptation suffisante – l'OAI tenant cette mesure pour raisonnablement exigible et conforme à la capacité de travail résiduelle (cf. not. dossier OAI, pièces 831, 845 et 857) – son échec aurait été causé, à tout le moins du point de vue de l'Office, par la réticence de l'assuré dès lors qu'il n'avait pas poursuivi la mesure jusqu'à son terme. Or, avant de se prononcer sur le droit à la rente, l'assureur doit adresser une mise en demeure écrite à son assuré l'avertissant des conséquences juridiques d'un refus de collaborer et lui impartissant un délai de réflexion convenable. Cela n'a pas été fait en l'espèce. En revanche, dans l'hypothèse, plus vraisemblable, où cette mesure – réalisée avant même que les limitations exactes et actuelles de l'assuré sur le plan psychique ne soient précisées (cf. rapport du SMR du 20 juin 2013, dossier OAI, pièce 857) – ne devait pas être considérée comme une mesure de réinsertion dans le monde du travail, il aurait appartenu à l'autorité intimé d'examiner concrètement les besoins objectifs du recourant à ce propos. Tel n'a pas été le cas en l'espèce. Partant, si une amélioration de la capacité de travail devait être confirmée par les mesures d'instruction complémentaires, il appartiendrait à l'autorité intimée de mettre en place une mesure de réinsertion et d'informer le recourant des conséquences d'un refus, d'un manque de volonté ou d'une non-coopération de sa part. Ce n'est qu'à l'issue de cet examen et de la mise en œuvre d'éventuelles mesures de réintégration sur le marché du travail que l'office intimé pourra définitivement statuer sur la révision de la rente d'invalidité et, le cas échéant, supprimer le droit à la rente. 7. S'agissant du recours du 27 juin 2014 déposé à l'encontre de la décision du 27 mai 2014, celui-ci est sans objet suite à l'admission de l'autre

recours, dans la mesure où la décision fixant le montant de la rente ne pourra se concrétiser que lorsque les questions de la capacité de travail et du degré d'invalidité seront définitivement tranchées. Il convient, à ce stade, de rappeler que les facteurs de calcul relatifs à la durée de cotisation (un an pris en compte et huit ans selon la classe d'âge) et à l'échelle de rente (6/rente partielle) sont inchangés depuis la décision du 16 décembre 1999. Pour sa part, le revenu déterminant, initialement fixé sur les seuls revenus de l'assuré, a été recalculé en novembre 2000 afin de tenir compte des revenus de son épouse qui bénéficiait désormais aussi de prestations de l'AI. Ce revenu n'a subi par la suite que des adaptations selon les tables applicables. Si le recourant devait continuer à contester ces facteurs ou, de manière générale, le montant de sa rente notamment le nombre d'année de cotisations, il lui appartiendrait de requérir une révision procédurale ou une reconsidération de la décision directement auprès de l'autorité intimée. Ces requêtes n'ont pas à être examinées en l'occurrence, en l'absence de décision de non entrée en matière ou de rejet. Le simple fait qu'aucune suite n'ait été donnée au courrier du 13 juin 2014 à la date du dépôt du recours, 15 jours plus tard, ne peut encore être interprété comme un déni de justice. Dans la situation procédurale actuelle, après le présent jugement, il incombe à l'autorité intimée de se prononcer sur la suite à donner à ce courrier du 13 juin 2014. 8. Au vu de l'ensemble des considérants qui précèdent, le recours, bien fondé, doit être admis et le dossier renvoyé à l'autorité intimée pour des mesures d'instruction complémentaire et, éventuellement, la mise en place des mesures nécessaires à la réintégration de l'assuré dans le circuit économique.

Tribunal cantonal TC Page 19 de 20 Le recours du 27 juin 2014 contre la décision du 27 mai 2014 relative au calcul de la nouvelle rente est, pour sa part, devenu sans objet. Dans ces circonstances, il se justifie de mettre à la charge de l'autorité intimée des frais de justice fixés à CHF 800.-. Par conséquent, l'avance de frais du même montant versée par le recourant lui est restituée. Ayant obtenu gain de cause, le recourant a droit à des dépens qu'il n'y a pas lieu de réduire. Le 23 septembre 2015, son mandataire a présenté sa liste de frais. Celle-ci se monte à un total de CHF 10'678.40, soit CHF 8'937.50 (2'145 minutes à CHF 250.-) au titre d'honoraires, CHF 656.50 au titre des photocopies (1'313 pièces à CHF 0.50/pièce), CHF 154.50.- au titre des débours, CHF 779.90 au titre de la TVA (8%) et CHF 150.- au titre des "émoluments, avance à verser au Tribunal cantonal". Cependant, à l'exception de l'envoi de la note de frais, la totalité des opérations a été effectuée avant le 1er juillet 2015 ce qui justifie qu'un tarif horaire de 230.- soit retenu conformément aux dispositions alors applicables en matière de tarif. Le mandataire facture en outre de nombreuses opérations antérieures aux décisions litigieuses reçues le 20 mai 2014 selon les affirmations du mémoire de recours. Il convient par ailleurs de relever que les près de 36 heures facturées comprennent de nombreuses opérations sans rapport avec la présente affaire, notamment des échanges avec des tiers (Z._____, Dresse AA._____, Dr AB._____, Dr AC._____, AD._____). De surcroît les nombreux postes relatifs aux lettres au client et aux échanges avec la Dresse H._____ apparaissent être en rapport avec d'autres litiges (cf. les mentions Z._____, prestations complémentaires ou caisse de compensation). Par exemple, la Cour souligne que les "émoluments, avance à verser au Tribunal cantonal" font référence à un versement à la Dresse H._____ de fin janvier 2015 alors même qu'aucun rapport de cette dernière n'a été produit dans le dossier de la cause depuis juin 2014. Finalement, il convient de rappeler que les photocopies sont indemnisées à raison de CHF 0.40 par copie (cf. art. 9 al. 2 Tarif JA). Au vu de ce qui précède et du fait que la liste de frais ne permet pas de distinguer les opérations relatives à la présente cause de celles relatives à d'autres affaires, il convient de fixer les dépens auquel

à droit le recourant ex aequo et bono compte tenu notamment de la difficulté toute relative de la présente affaire, des deux recours déposés quasi-simultanément, de l'importance du dossier asséculoologique (920 pages) et du petit nombre de pièces produites en procédure. A ce titre, il se justifie de fixer l'indemnité à laquelle le recourant pourrait prétendre pour ses frais de défense à CHF 5'000.-, dont 20 heures à CHF 230.- au titre d'honoraires, plus CHF 400.- au titre de la TVA, soit un montant total de CHF 5'400.-. Ils sont intégralement mis à la charge de l'autorité intimée.

Tribunal cantonal TC Page 20 de 20 la Cour arrête: I. Le recours de A._____ (608 2014 109) du 17 juin 2014 contre la décision du 15 mai 2014 est admis. Partant, la décision du 15 mai 2014 est annulée et le dossier renvoyé à l'autorité intimée pour mesures d'instruction complémentaire et, éventuellement, mise en place des mesures nécessaires à la réintégration du recourant dans le circuit économique. II. Le recours de A._____ (608 2014 118) du 27 juin 2014 contre la décision du 27 mai 2014 est devenu sans objet. III. Les frais de procédure, par CHF 800.-, sont mis à la charge de l'autorité intimée. IV. L'avance de frais de CHF 800.- versée par le recourant lui est restituée. V. L'indemnité de partie est fixée à CHF 5'000.-, plus CHF 400.- au titre de la TVA, soit à un total de CHF 5'400.-. Elle est intégralement mise à la charge de l'autorité intimée VI. Communication. 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 17 novembre 2015/pte Président Greffier

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