

FR_GERICHTE 608 2015 165 vom 10. Januar 2017

FR Kantonsgericht, 2017-01-10, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_608_2015_165

FR: FR_GERICHTE 608 2015 165 du 10 janvier 2017

IT: FR_GERICHTE 608 2015 165 del 10 gennaio 2017

Regeste

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

Erwägungen

E. 15

juillet 2015. La mandataire complète par ailleurs la requête d'assistance judiciaire déposée et précise qu'elle ne représente pas les enfants majeurs du recourant. F. Le 20 octobre 2016, la Caisse de compensation dépose ses observations dans la cause 608 2015 167. Elle conclut au rejet du recours et ne se détermine pas sur la requête d'assistance judiciaire y relative. Elle confirme d'abord qu'elle a établi ses décisions du 25 août 2015, avec effet au 1er septembre 2015, en prenant en considération d'une part la fin du droit de la fille aînée du recourant à une rente d'orpheline de mère et, d'autre part, la règle de surassurance selon laquelle les rentes pour enfant et les rentes d'orphelin sont réduites dans la mesure où, ajoutées à la rente du père, leur montant dépasserait 90% du revenu annuel moyen déterminant pour le calcul de la rente du père. Se référant ensuite au recours déposé contre les décisions du 15 juillet 2015 établies par l'Office de l'assurance-invalidité, elle relève que dans les cas où une personne a droit simultanément à une rente de survivants de l'AVS et à une rente d'invalidité, elle bénéficie d'une rente d'invalidité entière. Elle en déduit que la décision relative à un éventuel changement de degré d'invalidité du recourant n'aura aucune influence ni sur le montant de sa rente d'invalidité octroyée, ni sur celui des rentes d'orphelins. G. Le 6 novembre 2015, l'Office de l'assurance-invalidité dépose ses observations dans la cause 608 2015 165. Il conclut au rejet du recours et de la requête d'assistance judiciaire y relative. Indiquant se rallier aux observations de la Caisse de compensation, il reprend l'argument selon lequel le changement de degré d'invalidité n'a aucune influence sur le montant des rentes versées tant au recourant qu'à ses enfants. Il en déduit que le recours est sans objet. Par courriers séparés du 15 décembre 2015 dans la cause 608 2015 165, le recourant confirme sa position, produit un nouveau rapport médical de son psychiatre traitant et requiert la mise en œuvre d'une nouvelle expertise psychiatrique conforme à la jurisprudence récente du Tribunal fédéral en matière de troubles somatoformes douloureux. Le 21 décembre 2015, l'Office de l'assurance-invalidité indique qu'il n'a pas de remarques particulières à formuler. H. Par courrier du 7 décembre 2016, Maxwell Pensions, institution de prévoyance du recourant, a été appelée en cause. Elle n'a pas adressé de détermination dans le délai imparti. Il sera fait état du détail des arguments des parties dans les considérants de droit du présent arrêt, pour autant que cela soit utile à la solution du litige. en droit I. Jonction des causes 1. Interjeté contre plusieurs décisions rendues par deux autorités différentes, le recours du 4 septembre 2015 a été enregistré auprès de la Cour de céans sous deux numéros d'ordre

Tribunal cantonal TC Page 5 de 20 distincts (608 2015 165 en tant qu'il vise les deux décisions du 15 juillet 2015 de l'Office de l'assurance-invalidité et 608 2015 167 en tant qu'il vise les deux décisions du 25 août 2015 de la Caisse de compensation). Toutefois, dans la mesure où les deux causes se fondent sur le même état de fait et soulèvent des questions juridiques en partie connexes, il y a lieu de les joindre et de statuer en un seul arrêt. Il en va de même de la requête d'assistance judiciaire en tant qu'elle concerne l'une et l'autre des causes jointes. II. Décisions du 15 juillet 2015 relatives aux rentes d'invalidité (608 2015 165) 2. En tant qu'il est dirigé contre les décisions du 15 juillet 2015 concernant le droit à la rente d'invalidité du recourant et aux rentes d'invalidité complémentaires pour ses enfants, le recours a été interjeté en temps utile auprès de l'autorité judiciaire compétente. Pour juger de sa recevabilité, il convient encore d'examiner si le recourant dispose de la qualité pour recourir. 3. a) A teneur de l'art. 59 de la loi du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1), applicable par le biais de l'art. 1 al. 1 de la loi du

E. 19

juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI; RS 831.20), quiconque est touché par la décision ou la décision sur opposition et a un intérêt digne d'être protégé à ce qu'elle soit annulée ou modifiée a qualité pour recourir (voir également art. 89 de la loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral; LTF; RS 173.110). La jurisprudence considère comme intérêt digne de protection tout intérêt pratique ou juridique à demander la modification ou l'annulation de la décision attaquée que peut faire valoir une personne atteinte par cette dernière. L'intérêt digne de protection consiste ainsi en l'utilité pratique que l'admission du recours apporterait au recourant ou, en d'autres termes, dans le fait d'éviter un préjudice de nature économique, idéale, matérielle ou autre que la décision attaquée lui occasionnerait. L'intérêt doit être direct et concret; en particulier, la personne doit se trouver dans un rapport suffisamment étroit avec la décision; tel n'est pas le cas de celui qui n'est atteint que de manière indirecte ou médiate (ATF 123 V 115 s. consid. 5a). Pour ce qui a trait aux décisions concernant l'octroi ou le refus de prestations d'assurance, seule la prestation constitue en principe l'objet du dispositif. L'évaluation du degré d'invalidité ouvrant droit à la rente relève par contre, en règle générale, de la motivation de la décision d'octroi de prestations. Elle ne fait partie du dispositif que dans l'hypothèse et dans la mesure où elle fait l'objet d'une décision en constatation. Seul le dispositif d'une décision étant attaquant, il convient dès lors, en cas de contestation des motifs d'une décision d'octroi de prestations, de rechercher si le recours ne conclut pas implicitement à la modification du dispositif. Si tel n'est pas le cas, il reste à examiner si le recourant a éventuellement un intérêt digne de protection à ce qu'il soit rendu une décision de constatation touchant le point litigieux de la décision attaquée (ATF 115 V 416 consid. 3b/aa; arrêts TF 9C_246/2016 du 31 août 2016 consid. 3.1, 8C_235/2015 du 3 juillet 2015 consid. 3). b) En l'espèce, le recourant conclut formellement au maintien de son droit à une rente entière d'invalidité. Il ressort toutefois de son recours qu'en contestant l'existence d'un motif de révision permettant de modifier la décision du 9 août 2004, confirmée à deux reprises, il conclut également implicitement à ce qu'il soit constaté qu'il subit un taux d'invalidité de 90% au minimum (taux fixé par la décision du 9 août 2004) et non pas de 52% comme le retient la décision attaquée dans sa motivation.

Tribunal cantonal TC Page 6 de 20 Par de telles conclusions, le recourant ne remet pas en cause le dispositif des décisions attaquées qui reconnaissent expressément son droit à une rente entière d'invalidité et aux rentes complémentaires pour ses quatre enfants âgés de

moins de 25 ans. Il reste dès lors à examiner s'il dispose d'un intérêt digne de protection à ce que l'ampleur de son taux d'invalidité soit constatée dans la présente procédure judiciaire. c) aa) A teneur de l'art. 43 al. 1 1ère phrase LAI, les veuves, veufs ou orphelins qui ont droit simultanément à une rente de survivants de l'assurance-vieillesse et survivants et à une rente de l'assurance-invalidité bénéficient d'une rente d'invalidité entière. Pour le recourant qui est veuf depuis 2013 (partie En fait, lettre B) et subit un taux d'invalidité de 52% selon la décision attaquée, cette règle a pour conséquence que celle-ci lui reconnaît un droit à une rente d'invalidité entière. Sous l'angle de l'assurance-invalidité, il n'a en conséquence pas d'intérêt digne de protection à ce que son taux d'invalidité soit constaté dans la présente procédure de recours. bb) Lorsque, comme en l'espèce, une institution de prévoyance débitrice de prestations a été impliquée à temps dans la procédure et s'est vue notifier valablement une décision de l'Office de l'assurance-invalidité portant sur le droit à une rente, elle est en principe liée par l'estimation de l'invalidité par les organes de l'assurance-invalidité, sauf si cette évaluation apparaît d'emblée insoutenable (ATF 138 V 409 consid. 3.1). Cette force contraignante vaut dans le domaine de la prévoyance minimale imposée par la loi, mais également en matière de prévoyance plus étendue lorsqu'une institution reprend la définition de l'invalidité de la législation relative à l'assurance-invalidité (ATF 132 V I consid. 3.2; arrêt TF 9C_246/2016 du 31 août 2016 consid. 5.2.1). Certes, la jurisprudence a relevé à plusieurs reprises que la décision rendue dans la procédure relative à l'assurance-invalidité n'a pas de force contraignante en matière de prévoyance professionnelle dans les cas où le taux d'invalidité n'avait pas à être déterminé avec précision, parce qu'une estimation approximative était suffisante pour reconnaître ou nier le droit à des prestations (voir par exemple arrêts TF 9C_822/2011 du 3 février 2012 consid. 3.2.2, 9C_689/2008 du 17 mai 2011 consid. 2.3.2, I 791/2003 du 18 mars 2005 consid. 2.3). Dans le cas particulier toutefois, même si le veuvage du recourant et l'application de l'art. 43 LAI a pour conséquence qu'il aurait suffi de constater l'existence d'un taux d'invalidité de plus de 39.5% pour admettre le droit à une rente entière d'invalidité, l'Office de l'assurance-invalidité a établi le taux d'invalidité du recourant de façon précise. Ainsi, il a fixé puis comparé le revenu que celui-ci aurait probablement réalisé sans atteinte à la santé avec le revenu qu'il est en mesure d'obtenir compte tenu de cette atteinte, pour parvenir au taux d'invalidité à 52%. Les circonstances de l'espèce sont ainsi différentes de celles qui prévalaient dans la cause précitée I 791/2003 et qui ont conduit le Tribunal fédéral à admettre que la fixation d'un taux d'invalidité par la simple reprise du taux d'incapacité de travail médico-théorique était trop approximative pour déployer une force contraignante en matière de prévoyance professionnelle. Il ressort de ce qui précède que, compte tenu de la fixation par l'Office de l'assurance-invalidité d'un taux d'invalidité susceptible de lier son institution de prévoyance – à laquelle les décisions attaquées ont été notifiées – pour déterminer le droit à une rente de la prévoyance professionnelle, le recourant a un intérêt digne de protection à ce que le bien-fondé de ce taux soit examiné dans la présente procédure judiciaire. cc) A ce qui précède s'ajoute le fait qu'il ressort des pièces déposées à l'appui de la requête d'assistance judiciaire que le recourant perçoit des prestations complémentaires aux rentes d'invalidité, sous la forme du financement des primes d'assurance-maladie pour lui-même

Tribunal cantonal TC Page 7 de 20 et ses enfants. Or, le taux d'invalidité d'un bénéficiaire de prestations complémentaires est un élément essentiel qui permet d'établir si et cas échéant dans quelle mesure un revenu hypothétique doit être pris en considération dans l'examen du droit à de telles prestations (voir art. 11 al. 1 lettre a de la loi du 6 octobre 2006

sur les prestations complémentaires à l'AVS et à l'AI, loi sur les prestations complémentaires, LPC, RS 831.30, et 14a al. 2 de l'ordonnance du 15 janvier 1971 sur les prestations complémentaires à l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité, OPC-AVS/AI, RS 831.301; arrêt TF 9C_600/2009 du 8 octobre 2009 consid. 3). En effet, il est tenu compte d'un tel revenu hypothétique lorsque une personne partiellement invalide prétendant à des prestations complémentaires présente un taux d'invalidité inférieur à 70% (voir art. 14a al. 2 let. c OPC-AVS/AI a contrario). Dans ces conditions, sous cet angle également, le recourant dispose d'un intérêt digne de protection à faire constater que son taux d'invalidité n'est pas de 52%, comme le retiennent les décisions attaquées, mais qu'il est cas échéant au minimum de 70%. d) Sur le vu de ce qui précède, le recourant a un intérêt digne de protection à ce que l'ampleur de son taux d'invalidité soit constatée dans la présente procédure judiciaire. En tant qu'il est dirigé contre les décisions du 15 juillet 2015 concernant le droit à la rente d'invalidité du recourant et aux rentes d'invalidité complémentaires pour ses enfants, le recours est dès lors recevable dans cette mesure. 4. a) Aux termes de l'art. 8 al. 1 LPGA, applicable par le biais de l'art. 1 al. 1 LAI, 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. 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 malade, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (art. 7 al. 2 2ème phrase LPGA; ATF 141 V 281 consid. 3.7.1; 102 V 165; VSI 2001 p. 223 consid. 2b et les références citées; cf. également ATF 127 V 294 consid. 4c i. f.). Selon cette jurisprudence, la reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique, de troubles somatoformes douloureux persistants ou de fibromyalgie, suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant lege artis sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 141 V 281 consid. 2.1 et 2.1.1; 130 V 396 consid. 5.3 et 6). Dans le cadre des douleurs de nature somatoforme, la Haute Cour a souligné que l'analyse doit tenir compte des facteurs excluant la valeur invalidante à ces diagnostics (ATF 141 V 281 consid. 2.2, 2.2.1 et 2.2.2). On conclura dès lors à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable (par exemple une discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact) (ATF 141 V 281 consid. 2.2.1; 132 V 65 consid. 4.2.2; 131 V 49 consid. 1.2).

Tribunal cantonal TC Page 8 de 20 Dans cet arrêt 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 sur la base 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 à eux seuls pas des atteintes à la santé entraînant une incapacité de gain au sens de l'art. 4 LAI. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire qu'un substrat médical pertinent entrave la capacité de travail (et de gain) de manière importante et soit à chaque fois mis en évidence par un médecin spécialisé. Plus les facteurs psychosociaux et socioculturels apparaissent au premier plan et imprègnent l'anamnèse, plus le diagnostic médical doit préciser si l'atteinte à la santé psychique équivaut à une maladie. Il ne suffit donc pas que le tableau clinique soit constitué d'atteintes relevant de facteurs socioculturels; il faut au contraire que celui-ci comporte d'autres éléments pertinents au plan psychiatrique tels qu'une dépression durable au sens médical ou un état psychique assimilable et non une simple humeur dépressive. En définitive, une atteinte psychique influençant la capacité de travail de manière autonome est nécessaire pour que l'on puisse parler d'invalidité. Tel n'est en revanche pas le cas lorsque l'expert ne relève pour l'essentiel que des éléments trouvant leur explication et leur source dans le champ socioculturel ou psychosocial (ATF 127 V 294 consid. 5a; arrêt TF I 797/06 du 21 août 2007 consid. 4). Dans le contexte des troubles somatoformes, le Tribunal fédéral a précisé que ces facteurs peuvent avoir des effets sur les ressources à disposition de l'assuré pour lui permettre de surmonter son atteinte à la santé (ATF 141 V 281 consid. 3.4.2.1). c) 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). d) 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 Tribunal cantonal TC Page 9 de 20 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). 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). 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). 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 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) Par définition, les expertises psychiatriques en matière de troubles somatoformes douloureux et autres troubles psychosomatiques comparables réalisées avant l'ATF 141 V 281 ont été rendues à la lumière de la présomption – abandonnée désormais – posée à l'ATF 130 V 352, selon laquelle ces troubles ou leurs effets peuvent être surmontés par un effet de volonté raisonnablement exigible et par des critères établis en la matière pour apprécier le caractère invalidant de ces syndromes. Toutefois, ce changement de jurisprudence ne justifie pas en soi de retirer toute valeur probante aux expertises psychiatriques rendues à l'aune de l'ancienne jurisprudence. Ainsi que le Tribunal fédéral l'a précisé, il convient plutôt de se demander si, dans le cadre d'un examen global, et en tenant compte des spécificités du cas d'espèce et des griefs soulevés, le fait de se fonder définitivement sur les éléments de preuve existants est conforme au droit fédéral. Il y a ainsi lieu d'examiner dans chaque cas si les expertises administratives et/ou les expertises judiciaires recueillies – le cas échéant en les mettant en relation avec d'autres rapports médicaux – permettent ou non une appréciation concluante du cas à l'aune des indicateurs déterminants (ATF 141 V 281 consid. 8). f) 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. 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). 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 p. 114 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). 5. a) Est d'abord litigieuse en l'espèce la question de savoir si l'état de santé et la capacité de travail du recourant se sont améliorés au point que son taux d'invalidité doit désormais être fixé à 52% en lieu et place du taux de 90% retenu dans la décision du 9 août 2004, confirmée en 2007 et 2012. Pour répondre à cette question, il convient de comparer la situation médicale au moment du dernier examen matériel du droit à la rente avec celle au moment de la décision querellée. b) Le dernier examen matériel du droit à la rente a été effectué lors de la décision du 9 août 2004, les révisions d'office menées en 2007 et 2012 n'ayant conduit à de simples communications faisant suite à des rapports succincts des médecins traitants. L'état de santé du recourant était alors le suivant. aa) Sous l'angle physique, il ressort en particulier du volet somatique du rapport d'expertise du 23 juin 2004 (dossier AI, p. 257) établi par Dr J. _____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique que le recourant a subi des blessures aux jambes en 1992, qu'il a par la suite subi de nombreuses opérations et que la situation objective se présentait au moment de l'expertise comme suit: - au niveau du membre inférieur gauche, après les nombreuses interventions chirurgicales subies, le fémur gauche avait parfaitement consolidé avec des axes cliniques et radiologiques anatomiquement rétablis. L'ostéomyélite restait tout à fait calme et cliniquement « guérie » depuis fin 1995. En outre, la fonction de la hanche gauche était normale et celle du genou gauche très bonne, seul persistant un déficit de flexion de 20° par rapport au côté droit. Il subsistait cependant un raccourcissement d'environ 4 cm du membre inférieur gauche entraînant des troubles posturaux de la colonne lombaire.

Tribunal cantonal TC Page 11 de 20 - au niveau du membre inférieur droit subsistait une lésion parétyque du nerf tibial, intéressant surtout le sciatique poplité externe. Indépendamment de ces éléments objectivés, l'expert relevait en 2004 que la situation subjective du recourant s'était considérablement dégradée au cours des années, celui-ci signalant alors des douleurs intolérables quasi généralisées, sans étiologie permettant de les expliquer. Sur cette base, il laissait ouverte la question de l'influence des atteintes physiques sur la capacité de travail, eu égard à l'incapacité de travail totale retenue sous l'angle psychiatrique (voir ci-dessous consid. 5b/bb). Mise à part la question de la capacité de travail non discutée par l'expert, les constats de celui-ci correspondent pour l'essentiel

aux éléments médicaux antérieurs figurant au dossier, notamment les rapports des médecins suivants: - Dr K. _____, médecin auprès de la clinique de chirurgie orthopédique de L. _____: rapport du 9 décembre 2003 (dossier AI p. 220) mentionnant les diagnostics suivants et précisant qu'il existe alors une diminution de rendement de 20% dans l'activité habituelle: infection de la jambe gauche sur corps libre, status après blessures par des éclats de grenade, status après ponction évacuatrice, ablation de corps étrangers, révision, débridement, AMO, réosthésynthèse d'une ostéomyélite chronique et status après excision de fistule, séquestrectomie, ostéotomie de correction et contention par plaque condylienne; - Dr M. _____ et Dr N. _____, médecins auprès de la clinique de rhumatologie de L. _____: rapport du 16 avril 2003 (dossier AI p. 207) posant en sus d'un status post accident de mine en 1992 les diagnostics, apparus alors progressivement depuis une année, de lombalgies chroniques avec pseudo-sciatalgies à prédominance droite sur troubles statiques et dégénératifs et de sensation de troubles sensitivo-moteurs du bras droit d'origine indéterminée. - Dr O. _____, spécialiste FMH en neurologie: rapport du 7 mars 2003 (dossier AI p. 193) mentionnant les diagnostics de lésion du nerf sciatique droit et de syndrome lombo-radiculaire irritatif bilatéral L5/S1 à prédominance droite, en précisant que ceux-ci n'entraînaient pas de diminution de rendement dans une activité adaptée. - Dr P. _____, spécialiste FMH en médecine générale, médecin traitant: rapports du 7 juillet 2003 (dossier AI p. 179), du 4 juillet 2003 (dossier AI p. 183), du 2 mai 2003 (dossier AI p. 181) faisant état, en sus de diagnostics liés à la blessure de guerre, de lombalgies et de cervicobrachialgies et faisant ressortir que le recourant était alors capable de travailler uniquement dans un atelier protégé, sans préciser dans quelle mesure cette incapacité de travail sur le marché libre était liée aux atteintes physiques ou aux troubles anxio-dépressifs diagnostiqués depuis janvier 2003; rapport du 18 juin 1998 (dossier AI p. 44) mentionnant, en sus de diagnostics liés à la blessure de guerre, des lombalgies mécaniques récidivantes, occasionnelles, en rapport avec un raccourcissement de la jambe gauche, partiellement compensé. Ce rapport relève que l'état de santé est stabilisé depuis un an, avec toutefois d'importantes séquelles neurologiques et ostéoarticulaires empêchant l'accomplissement de travaux physiques exigeants ou une activité en station debout pendant plus de trois heures, mais permettant l'exercice d'une activité à 100% en tant qu'électromécanicien.

Tribunal cantonal TC Page 12 de 20 Quant à la période postérieure au rapport d'expertise de 2004, les rapports suivants du médecin généraliste traitant vont également dans le même sens que les constats de l'expert: - rapport du 17 septembre 2012 (postérieur à l'expertise, dossier AI p. 346,) mentionnant un état de santé stationnaire et la présence de plaintes régulières de lombosciatologies bilatérales qui nécessitent des cures de physiothérapie et la prise d'un antalgique 2 à 3 fois par jour; - rapport du 2 février 2007 (postérieur à l'expertise, dossier AI, p. 296) faisant état d'un état stationnaire, avec plusieurs épisodes de lombosciatologies droites nécessitant de la physiothérapie. Une colite néphrétique sur lithiase urinaire non-obstructive est également survenue en janvier 2007, toutefois sans répercussion sur la capacité de travail. Il résulte de ce qui précède que sous l'angle somatique, au moment du dernier examen du droit à la rente, soit le 9 août 2004, le recourant ressentait des douleurs généralisées importantes, notamment des lombosciatologies et des cervicobrachialgies, d'origine peu claire. Quant à l'influence de ces douleurs sur sa capacité de travail à ce moment, les documents médicaux figurant au dossier ne permettent pas de l'établir avec précision. bb) Sous l'angle psychiatrique, il ressort en particulier du volet y relatif du rapport d'expertise du 23 juin 2004 (dossier AI, p. 245) établi par Dr Q. _____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, que le

recourant souffrait alors d'un trouble dépressif majeur (degré sévère) (F32.2) qui diminuait sa capacité de travail par la baisse de l'élan vital, la baisse de l'estime de soi et la difficulté de se projeter dans l'avenir, ce qui limitait fortement la capacité de faire des projets aussi simples soient-ils et de les conduire à terme. Une fatigue et une fatigabilité commune aux troubles dépressifs était également retenue. Cela avait pour conséquence, pour les seuls motifs psychiatriques, une incapacité de travail entière dans toute activité, étant encore précisé que la situation était selon l'expert fixée pour une longue durée, voire définitivement. Après discussion, le rapport d'expertise écartait par ailleurs les diagnostics de stress post traumatique et de trouble somatoforme. Sur ce dernier point, il relevait que le comportement du recourant n'était pas celui du douloureux chronique avec théâtralisme et inauthenticité massive. Il y avait dès lors lieu de retenir le seul état dépressif avec sa majoration des plaintes douloureuses tout à fait classique. Les conclusions de l'expertise psychiatrique ne correspondent qu'en partie aux indications ressortant des rapports médicaux suivants, établis antérieurement et postérieurement par les médecins traitants: - Dr P._____, spécialiste FMH en médecine générale: en particulier rapport précité du 7 juillet 2003, faisant état de troubles anxio-dépressifs depuis janvier 2003. Non étayé, ce diagnostic ne saurait prévaloir sur celui de trouble dépressif majeur (degré sévère) posé par l'expert-psychiatre; - Dr R._____, spécialiste FMH en psychiatrie: rapport du 24 janvier 2007 (dossier AI p. 291) posant les diagnostics de polytraumatisme de la guerre civile, de syndrome de stress post-traumatique chronique avec changement durable de la personnalité et d'état dépressif chronique, entraînant une incapacité de travail totale dans une activité lucrative. Ce rapport mentionne par ailleurs un état psychique fluctuant, marqué par un discours triste mais cohérent, une thymie triste et un ralentissement psychomoteur léger, soit un tableau dépressif net accompagné de douleurs dans tout le corps, de difficultés à se déplacer et d'un manque d'énergie;

Tribunal cantonal TC Page 13 de 20 rapport du 4 septembre 2012 (dossier AI p. 344) reprenant les diagnostics posés en 2007 tout en faisant état d'une aggravation de l'état de santé à partir de 2009 sous la forme d'une lente dégradation, de l'apparition d'un psoriasis et d'une aggravation des douleurs liées au polytraumatisme; eu égard au seul diagnostic de trouble dépressif majeur (degré sévère) posé par l'expert- psychiatre en 2004, les diagnostics posés ultérieurement par le psychiatre traitant ne peuvent être retenus. En effet, comme le relèvent tant le rapport d'expertise de 2004 que celui établi dans le cadre de la procédure de révision menée en 2014 (dossier AI p. 465; ci-dessous consid. 5c), le probable état de stress post traumatique léger qu'a pu subir le recourant ne peut plus être considéré comme incapacitant, d'autant moins que celui-ci a pu réaliser une mise au courant professionnelle entre 1998 et 2000, puis travailler jusqu'en 2002, année où il a essentiellement souffert de cervico-brachialgies. Quant à la modification durable de la personnalité, elle n'est pas compatible avec les constats effectués par l'expert psychiatre en 2014 qui ne retrouve pas chez le recourant les caractéristiques d'une telle pathologie. Sur la base des discussions qui précèdent, il doit être admis qu'au moment du dernier examen du droit à la rente, soit le 9 août 2004, le recourant était entièrement incapable de travailler en raison d'un trouble dépressif majeur (degré sévère) tel que retenu par l'expert-psychiatre. c) aa) Dans les décisions attaquées, l'Office de l'assurance-invalidité affirme que l'état de santé et la capacité de travail du recourant se sont globalement améliorés. Il se réfère au rapport du 2 mars 2015 de Dr S._____, spécialiste FMH en anesthésiologie, médecin auprès du SMR (dossier AI p. 468), au rapport d'expertise orthopédique du 19 décembre 2014 de Dr T._____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique (dossier AI p. 439) et

au rapport d'expertise psychiatrique du 12 février 2015 de Dr U. _____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie (dossier AI p. 465). Il constate plus particulièrement qu'il n'existe plus aucune atteinte invalidante sur le plan psychiatrique et que, sur le plan orthopédique, l'expertise retient une capacité de travail de 50% sans diminution de rendement dans une activité adaptée. Quant au recourant, il ne critique pas le constat d'aggravation des affections dont il souffre sur le plan somatique, mais conteste pour l'essentiel que son état de santé se serait amélioré sur le plan psychiatrique. Sur cette base, il affirme d'abord que les conditions d'une révision du droit à la rente ne sont pas remplies et ensuite que, même si tel était le cas, le trouble somatoforme douloureux dont il souffre justifierait à tout le moins la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire permettant de déterminer l'influence effective de ses problèmes de santé sur sa capacité de travail. Il convient dès lors d'examiner ces deux motifs. bb) L'amélioration de l'état de santé psychique du recourant retenue par l'Office de l'assurance-invalidité se fonde essentiellement sur le rapport d'expertise psychiatrique précité du 12 février 2015. Cette expertise n'établit aucun diagnostic ayant une répercussion sur la capacité de travail et retient uniquement l'existence d'un épisode dépressif majeur récurrent, actuellement de gravité sub-clinique à légère, sans influence sur la capacité de travail. Pour tenir compte d'une courte période d'adaptation, elle fixe en conséquence la capacité de travail du point de vue psychiatrique à 50% dès le 1er octobre 2014, puis 100% dès le 1er janvier 2015. L'expertise remplit toutes les exigences jurisprudentielles en matière de valeur probante. Elle a en effet été établie en pleine connaissance du dossier. Elle se fonde sur des examens complets et tient compte des plaintes exprimées par le recourant. En outre, les conclusions relatives aux

Tribunal cantonal TC Page 14 de 20 diagnostics posés sont bien motivées et l'expert explique de façon convaincante l'évolution de la situation psychique durant les dernières années notamment par les éléments suivants: - au moment de l'expertise, il n'y a pas de dépressivité marquée dans le sens d'une anhédonie, aboulie ou apragmatisme. Il arrive au recourant d'avoir de légers moments d'abattement lorsqu'il repense au décès de son épouse. Néanmoins, les relations sont très investies auprès de ses enfants et de sa famille qui habite à proximité. Il n'y a pas non plus d'irritabilité, d'anxiété constante ou de troubles de l'attention et de la concentration. Le recourant peut conduire, faire ses commissions, regarder la télévision sans grandes difficultés apparentes. Il n'existe enfin pas non plus de signes florides de la lignée psychotique, en particulier délire, hallucinations, troubles formels ou logiques de la pensée; - le recourant estime lui-même d'emblée que sa problématique psychique n'est plus au premier plan. Ses journées sont du reste particulièrement remplies. Il se lève à 6 heures 15 – 6 heures 20, s'occupe – depuis le décès de son épouse – de toutes les tâches domestiques, des enfants, car il est toute la journée à la maison. Il se rend à la mosquée le vendredi après-midi et la relation à ses enfants est parfaitement investie. - en référence aux critères de classification des troubles de l'humeur, il n'y a au moment de l'expertise pas d'éléments en faveur d'une symptomatologie dépressive significative, tout au plus sub-clinique. L'humeur dépressive n'est pas marquée la plupart du temps, tous les jours, au moins pendant deux semaines. Au contraire, il semble exister des périodes euthymiques, d'autres avec une symptomatologie dépressive légère. On ne peut pas parler d'une diminution marquée de l'intérêt et du plaisir dans les activités agréables chez un assuré très investi auprès de ses enfants. Tout au plus on retient une légère réduction de l'énergie et une augmentation de la fatigabilité, mais qui ne paraît pas non plus constante. Enfin, on note toujours des troubles du sommeil – en tous les cas

allégués – un appétit variable, mais un poids stable. - il n'y a par ailleurs aucune raison que la symptomatologie dépressive perdure ad aeternam depuis 2004 après une prise en charge réalisée dans les règles de l'art. Le décès de l'épouse semble par ailleurs en partie assimilé. A ce titre, le recourant n'y a fait que peu référence en entretien, même si ce fait entraîne logiquement bon nombre d'émotions lorsqu'il est évoqué. Les conclusions qui précèdent ne sont par ailleurs pas remises en cause par le rapport établi le

E. 23

mai 2014 par le médecin généraliste traitant à la demande de l'Office de l'assurance-invalidité (dossier AI p. 384). En effet, établi sur la base d'un formulaire et non étayé, ce rapport se limite à relever qu'il n'y a aucun changement depuis 2012 et que le décès de l'épouse et de la mère du recourant ont eu une influence négative sur son moral. Les conclusions de l'expert ne sont pas non plus mises en doute par les rapports du médecin- psychiatre traitant portant sur la même période, notamment les suivants: - rapport du 21 mai 2014 requis par l'Office de l'assurance-invalidité (dossier AI p. 388) reprenant les diagnostics d'un polytraumatisme de guerre, d'un état de stress posttraumatique persistant, d'un état dépressif chronique et d'un psoriasis, mentionnant également le décès brusque de l'épouse du recourant et le fait qu'il doit désormais s'occuper de ces cinq enfants; - rapport du 6 mai 2015 adressé à la mandataire du recourant (dossier AI p. 511) concluant nouvellement à l'existence d'un trouble douloureux chronique avec facteurs somatiques et psychiques (CIM F45.41) et faisant encore ressortir que le noyau du problème se situe dans les effets des affections physiques qui, au niveau psychiatrique, provoquent d'une part une

Tribunal cantonal TC Page 15 de 20 réactivation répétée de traumatisme initial et d'autre part une blessure narcissique qui à son tour renforce la thymie dépressive, ce qui a pour effet d'augmenter la sensibilité douloureuse; - rapport du 19 mai 2015 adressé à l'Office de l'assurance-invalidité (dossier AI p. 500), dans lequel il est en particulier reproché à l'expert de ne pas avoir tenu compte de la complexité des affections du recourant et de l'enchevêtrement entre les troubles de la thymie et de la mobilité. Sur les points soulevés par ces rapports, il y a en effet d'abord lieu de constater avec l'expert (voir sa détermination du 11 juin 2015, dossier AI p. 503) que son raisonnement reprend point par point les différents diagnostics envisageables avant d'apprécier la situation de façon globale, de telle sorte qu'il ne peut lui être reproché de ne pas avoir envisagé la situation dans toute sa complexité. Au contraire, il apparaît que la différence de conclusions entre les deux médecins s'explique plutôt par le fait que l'expert s'est fondé sur ses propres constats, tels que l'absence d'une dépressivité marquée, qui ne correspondent pas à l'avis du psychiatre traitant. Or, il a été vu ci-dessus que, compte tenu de la relation de confiance existant entre celui-ci et le recourant, la force probante de cet avis est moindre que l'appréciation de l'expert. S'agissant plus particulièrement du diagnostic posé de troubles douloureux chroniques avec facteurs somatiques et psychique (CIM F45.41), qui est la version légère du syndrome douloureux persistant (CIM F45.4), il fait partie de la catégorie des troubles somatoformes (CIM F45). Or l'existence de tels troubles avait été envisagée, mais écartée déjà en 2006 par l'expert Dr Q._____ (ci-dessus consid. 5b/bb). Par ailleurs, aucun élément ressortant de l'expertise du 12 février 2015 ne permet de retenir que la situation du recourant aurait évolué dans le sens de l'apparition de tels troubles. En effet, il a été vu ci-dessus que l'expertise fait au contraire ressortir une amélioration importante de la problématique psychique du recourant qui ne souffre désormais plus que d'un épisode

dépressif majeur récurrent, actuellement de gravité sub-clinique à légère, sans conséquence sur la capacité de travail. En présence de ce seul diagnostic posé par l'expert, la seule mention de troubles somatoformes par le psychiatre traitant – même assortie d'une mise en perspective avec les séquelles de guerre civile subies par le recourant dans sa santé physique – n'est dès lors pas suffisante pour établir leur existence et encore moins leur caractère invalidant. A ce dernier égard, il y a du reste lieu de rappeler que, même à l'aune de la nouvelle jurisprudence relative aux troubles somatoformes (ci-dessus consid. 4b), le caractère invalidant de ceux-ci n'est retenu qu'en présence d'une atteinte présentant un certain degré de gravité. Or, en l'espèce, le psychiatre traitant ne diagnostique lui-même qu'un syndrome douloureux persistant dans sa version légère, sans expliquer au demeurant en quoi les critères permettant de retenir une telle affection peuvent être retenus, et l'expert-psychiatre nie quant à lui toute atteinte psychique invalidante après avoir quant à lui procédé à un examen fondé sur les critères d'un système de classification reconnu. Par ailleurs, alors que la jurisprudence récente insiste sur le rôle essentiel que jouent dans ce domaine 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, il a été relevé de façon pertinente par l'expert-psychiatre que le recourant mène une vie familiale et sociale bien remplie, certes avec des difficultés relationnelles avec sa deuxième fille née en 1992, qu'il tient son ménage avec une aide extérieure une à deux fois par semaine, qu'il est en particulier capable de conduire et de se rendre aux services religieux et que les médicaments qu'il prend sont faiblement dosés. cc) Sur le vu de ce qui précède, il n'y a pas lieu de suivre la seule affirmation du recourant selon laquelle l'évaluation de la capacité de travail par l'expertise psychiatrique du 12 février 2015 ne constituerait qu'une nouvelle appréciation d'une situation restée identique. Au

Tribunal cantonal TC Page 16 de 20 contraire, les conclusions convaincantes de cette expertise associées à celles non contestées de l'expertise orthopédique menée parallèlement établissent que la situation du recourant a évolué favorablement, dans le sens que les atteintes subies par le recourant dans sa santé physique ont désormais pour conséquence une capacité de travail limitée à 50%, sans diminution de rendement. Plus particulièrement, acte étant pris que l'état de santé du recourant et sa capacité de travail résiduelle ont été établis dans le cadre de deux expertises réalisées par des spécialistes reconnus, en pleine connaissance du dossier, en se référant aux avis médicaux antérieurs, la cause est suffisamment instruite et la requête de nouvelle expertise pluridisciplinaire déposée à titre subsidiaire par le recourant doit être rejetée. C'est dès lors à bon droit que l'Office de l'assurance-invalidité a retenu que l'état de santé du recourant s'était globalement amélioré et qu'il était désormais en mesure d'exercer une activité lucrative adaptée au taux de 50%, sans diminution de rendement. 6. a) Après avoir vérifié la capacité résiduelle de travail du recourant, il convient de calculer le revenu qu'il est en mesure de réaliser en mettant celle-ci à profit. A cet égard, en l'absence d'un revenu effectivement réalisé pouvant servir de référence au sens de ce qui précède, le revenu d'invalidité doit être évalué sur la base de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ci-après: ESS) (ATF 126 V 75, 124 V 321 consid. 3b/aa). Le montant du salaire ressortant des données statistiques peut être réduit en fonction des empêchements propres à la personne de l'invalidité. Toutefois, de telles déductions ne doivent pas être effectuées de manière schématique, mais tenir compte de l'ensemble des circonstances du cas particulier. Par ailleurs, il n'y a pas lieu de procéder à des déductions distinctes pour chacun des facteurs entrant en considération comme les

limitations liées au handicap, l'âge, les années de service, la nationalité ou la catégorie de permis de séjour, ou encore le taux d'occupation. Il faut bien plutôt procéder à une évaluation globale, dans les limites du pouvoir d'appréciation, des effets de ces facteurs sur le revenu d'invalidé, compte tenu de l'ensemble des circonstances du cas concret. Enfin, on ne peut procéder à une déduction globale supérieure à 25%. L'administration doit motiver brièvement la déduction opérée. Quant au juge, il ne peut, sans motif pertinent, substituer son appréciation à celle de l'administration (arrêt TF I 724/02 du 10 janvier 2003; ATF 126 V 75). En effet, le pouvoir d'examen de l'autorité judiciaire de première instance n'est pas limité dans ce contexte à la violation du droit mais s'étend à l'opportunité de la décision administrative. En ce qui concerne l'opportunité de la décision en cause, l'examen porte sur le point de savoir si une autre solution que celle que l'autorité, dans un cas concret, a adopté dans le cadre de son pouvoir d'appréciation et en respectant les principes généraux du droit, n'aurait pas été plus judicieuse quant à son résultat. A cet égard, le juge des assurances sociales doit s'appuyer sur des circonstances de nature à faire apparaître sa propre appréciation comme la mieux appropriée (arrêt TF 8C_490/2011 du 11 janvier 2012 consid. 4 et 5; ATF 137 V 71 consid. 5.2). Par ailleurs, les critères d'abattement ne sauraient être utilisés à plusieurs reprises. Ainsi, lorsqu'une baisse de rendement en raison des limitations fonctionnelles de l'assuré est médicalement reconnue lors de la fixation de son revenu de base d'invalidité, ce dernier ne peut, sous l'angle du taux d'abattement, se voir une nouvelle fois diminuer pour la même raison (arrêt TF 8C_490/2011 précité consid. 4.2). b) En l'espèce, vu l'inexistence d'un revenu pouvant servir de référence à la fixation du revenu d'invalidé, c'est à bon droit que l'Office de l'assurance-invalidité a fixé le revenu réalisable après l'atteinte à la santé en se référant aux données statistiques de l'ESS correspondant à une

Tribunal cantonal TC Page 17 de 20 activité adaptée à l'état de santé du recourant. Considérant l'absence de formation professionnelle reconnue en Suisse dans les domaines concernés et les limitations fonctionnelles qu'il subit, c'est à juste titre que l'Office de l'assurance-invalidité s'est basé sur le montant correspondant au salaire de référence auquel peuvent prétendre les hommes effectuant des tâches physiques ou manuelles simples dans le secteur privé en 2012 (ESS 2012, tableau TA1_skill_level, total hommes, niveau 1), soit CHF 5'210.-. Comme les salaires bruts standardisés correspondent à un horaire de travail de quarante heures, c'est également à bon droit que ce montant a tenu compte de la durée hebdomadaire normale du travail de 41.7 heures dans les entreprises privées pour porter le montant précité à CHF 5'431.45 par mois à temps complet, soit par année CHF 32'588.70 pour un taux d'activité de 50% (CHF 65'177.40 x 50%). Dans ses décisions du 15 juillet 2015, l'Office de l'assurance-invalidité n'a pas réduit le salaire d'invalidé fondé sur les données statistiques pour tenir compte d'un éventuel désavantage salarial qu'il a ainsi implicitement nié. Le recourant soutient quant à lui que les graves séquelles de blessure de guerre et les importantes limitations fonctionnelles somatiques justifient un important abattement, sans chiffrer celui-ci. Il faut relever que le taux de capacité de travail prend déjà en considération certaines limitations fonctionnelles subies par le recourant, telle qu'un taux d'activité limité à 50% sans diminution de rendement ou une diminution de rendement de 50% dans une activité à temps complet. Quant aux autres limitations fonctionnelles existantes, elles ressortent du rapport d'expertise orthopédique du 29 décembre 2014 (dossier AI p. 424): pas de mouvements répétitifs du genou gauche, pas de port de charges de plus de 10 kg, pas de station debout ou assise prolongée, pas d'obligation de montée et descente d'escalier répétées, pas d'échelle, nécessité de varier les positions assises et

debout, de pouvoir choisir la position, marche limitée à quelques centaines de mètres par jour (500 m à 1 km) en terrain non accidenté, limitation à la conduite de véhicules à boîte automatique, pas de maniement d'outils lourds, pas de maniement d'outils très précis, pas de travail en position assise et penchée, debout et penchée, en rotation du tronc, usage des deux mains non intensif. Selon le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, l'ampleur et le nombre de ces limitations, qui touchent par ailleurs plusieurs fonctions corporelles, activités et postures, a très vraisemblablement une influence sur le salaire que le recourant est susceptible d'obtenir, même dans un emploi adaptée à celles-ci. Dans ces conditions, l'Office de l'assurance-invalidité aurait dû appliquer un facteur de réduction dans le calcul du revenu d'invalidité. Le recours sera dès lors admis sur ce point, le taux d'abattement pouvant être fixé à 20%, afin de prendre également en considération le taux d'activité partiel (voir notamment arrêt TF 9C_808/2015 du 29 février 2016 consid. 3.5). Compte tenu d'une capacité de travail résiduelle de 50% ainsi que d'un facteur de réduction de 20% sur le salaire statistique, le revenu annuel d'invalidité est ainsi fixé à CHF 26'071.- (CHF 32'588.70 x 80%). 7. a) Enfin, il reste à établir le montant du revenu maximal du travail que le recourant aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide. Le revenu sans invalidité s'évalue, en règle générale, d'après le dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des circonstances à l'époque où est né le droit à la rente. Compte tenu des capacités professionnelles de l'assuré et des circonstances personnelles le concernant, on prend en considération ses chances réelles d'avancement compromises par le handicap, en posant la présomption que l'assuré aurait continué

Tribunal cantonal TC Page 18 de 20 d'exercer son activité sans la survenance de son invalidité. Des exceptions ne sauraient être admises que si elles sont établies au degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 129 V 222, consid. 4.3.1 et la référence). b) En l'espèce, l'Office de l'assurance-invalidité retient dans ses décisions que, sans atteinte à la santé, le recourant aurait perçu en 2015 un salaire annuel brut de CHF 68'260.12, après indexation de 11.2% du salaire de CHF 61'385.- réalisé en 2002 en tant qu'employé de production. Le recourant indique quant à lui que le salaire brut sans allocations qu'il a reçu de son employeur en 2002 était en réalité de CHF 63'478.-. Il ressort du décompte détaillé produit le 10 juillet 2003 par l'ancien employeur du recourant (dossier AI p. 147) que le salaire versé à celui-ci en 2002 correspondait effectivement au montant de CHF 63'478.- allégué par celui-ci, à savoir un montant total de CHF 75'078.30 dont il convient de déduire une somme de CHF 11'600.- correspondant à des allocations familiales et de naissance. C'est dès lors bien ce revenu qui est déterminant et non celui avancé par l'Office de l'assurance-invalidité dans ses décisions, basé sur des références moins précises. Quant au taux d'indexation de 11.2% retenu dans les décisions attaquées, il apparaît d'emblée qu'il est beaucoup trop élevé pour correspondre à l'indice suisse des prix à la consommation auquel les décisions attaquées font pourtant référence sans plus de précision. Celui-ci a en effet varié en moyenne annuelle de 6.7 % entre 2002 et 2012, année qu'il convient de prendre comme référence compte tenu du fait que le revenu d'invalidité a été estimé sur la base des statistiques relatives à cette année-là, sans indexation. Cet indice n'est du reste pas le plus adéquat pour indexer un salaire. Comme c'est l'usage, il convient plutôt de se référer dans cette démarche à l'indice suisse des salaires nominaux publié par l'Office fédéral de la statistique. Or, selon le tableau y relatif retraçant l'évolution de cet indice entre 1993 et 2015, les salaires nominaux ont varié entre 2002 et 2012 de 13.2 % (catégorie hommes: 125.5% en 2012 / 110.9% en 2002). C'est ainsi le taux précité de 13.2% qui doit être appliqué pour actualiser le revenu sans invalidité de CHF 63'478.-, ce qui aboutit au

montant de CHF 71'857.-. 8. a) Après la fixation du revenu que le recourant pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut être raisonnablement exigée de lui, à savoir CHF 26'071.- (voir consid. 6) et du revenu maximal du travail que le recourant aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide, à savoir CHF 71'857.- (voir consid. 7), il faut encore comparer ces deux montants pour évaluer le taux d'invalidité au sens de l'art. 16 LPGA. De cette comparaison résulte une perte de gain de CHF 45'786.- correspondant à un taux d'invalidité de 63.7 %, arrondis à 64 % (voir ATF 130 V 221 consid. 3.2). Il s'ensuit qu'en tant qu'il est dirigé contre les décisions du 15 juillet 2015, le recours est partiellement admis dans le sens qu'il est constaté que le taux d'invalidité du recourant est de 64%. b) Vu l'admission partielle du recours, la procédure n'étant pas gratuite (art. 69 al. 1 bis LAI), il y a lieu de fixer les frais de justice à CHF 800.-, de les répartir par moitié et de mettre ainsi un montant de CHF 400.- tant à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité qu'à la charge du recourant. Ce montant ne sera toutefois pas prélevé auprès de celui-ci, compte tenu de l'assistance judiciaire partielle qui lui est octroyée (ci-dessous consid. 10). c) L'admission partielle du recours a également pour conséquence que le recourant, représenté par un avocat du service juridique d'un organisme d'utilité publique a droit à une indemnité réduite pour ses dépens (cf. art. 61 let. g LPGA). Compte tenu en particulier des opérations effectuées par la mandataire et du gain de cause partiel, il se justifie de fixer l'équitable

Tribunal cantonal TC Page 19 de 20 indemnité de partie à laquelle il a droit à CHF 600.-, débours et éventuelle TVA compris, et de la mettre intégralement à la charge de l'autorité intimée. III. Décisions du 25 août 2015 relatives aux rentes d'orphelin (608 2015 167) 9. Conformément à l'art. 52 al. 1 LPGA et en l'absence de disposition dérogatoire prévue par la loi du 20 décembre 1946 sur l'assurance-vieillesse et survivants (LAVS; RS 831.10), les décisions rendues en application de cette loi par une caisse de compensation peuvent être attaquées auprès de celle-ci dans les trente jours par la voie d'une opposition préalable. Il en résulte qu'en tant qu'il est dirigé contre les décisions du 25 août 2015 concernant le droit à des rentes d'orphelin aux quatre enfants du recourant âgés de moins de 25 ans à cette date, le recours est manifestement irrecevable et doit être transmis à la Caisse de compensation, comme objet de sa compétence, sans frais ni dépens. IV. Requête d'assistance judiciaire partielle (608 2015 166 et 608 2015 168) 10. a) Le recourant sollicite l'octroi de l'assistance judiciaire partielle, sous la forme d'une dispense des frais de justice. b) En vertu de l'art. 29 al. 3 Cst., toute personne qui ne dispose pas de ressources suffisantes a le droit, à moins que sa cause paraisse dépourvue de toute chance de succès, à l'assistance judiciaire gratuite, ainsi qu'à l'assistance gratuite d'un défenseur, dans la mesure où la sauvegarde de ses droits le requiert. Sur le plan cantonal, selon l'art. 142 al. 1 CPJA, a droit à l'assistance judiciaire la partie qui ne dispose pas de ressources suffisantes pour supporter les frais d'une procédure sans s'exposer à la privation des choses nécessaires à son existence et à celle de sa famille (al. 1). L'assistance n'est pas accordée lorsque la procédure paraît d'emblée vouée à l'échec (al. 2). D'après l'art. 143 al. 2 CPJA, l'assistance judiciaire comprend notamment, si la difficulté de l'affaire la rend nécessaire, la désignation d'un défenseur, choisi parmi les personnes habilitées à représenter les parties. c) En l'espèce, le recourant n'exerce pas d'activité lucrative. Il perçoit des rentes d'invalidité pour lui-même et ses enfants, ceux-ci percevant par ailleurs des rentes d'orphelins, et il est également au bénéfice de la prise en charge intégrale des primes d'assurance-maladie de sa famille. Ce dernier élément suffit pour établir que la condition de l'indigence est remplie. Pour le reste, s'agissant de la contestation des décisions du 15 juillet 2015 relatives aux rentes d'invalidité (cause 608 2015 165), le recours a été partiellement admis, de telle sorte qu'il n'était à l'évidence pas

dénué de chances de succès. La requête d'assistance judiciaire partielle sera ainsi admise et le recourant dispensé des frais de justice pour cette procédure (cause d'assistance judiciaire 608 2015 166). Quant à la contestation des décisions du 25 août 2015 relatives aux rentes d'orphelin (cause 608 2015 167), il n'a pas été perçu de frais pour cette cause, de telle sorte que la requête d'assistance judiciaire est sans objet (cause d'assistance judiciaire 608 2015 168).

Tribunal cantonal TC Page 20 de 20 la Cour arrête: I. Décisions du 15 juillet 2015 relatives aux rentes d'invalidité (608 2015 165) et requête d'assistance judiciaire partielle (608 2015 166) 1. Le recours est partiellement admis. Partant, il est constaté que le taux d'invalidité du recourant est de 64%. 2. Un montant de CHF 400.- est mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité au titre de frais de justice. Un montant de CHF 400.- est mis à la charge du recourant au titre de frais de justice. Il n'est toutefois pas prélevé, compte tenu de l'assistance judiciaire partielle qui lui est octroyée. 3. Il est alloué au recourant une équitable indemnité de partie de CHF 600.- (débours et éventuelle TVA compris), mise à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité. 4. La requête d'assistance judiciaire partielle est admise et le recourant dispensé des frais de justice. II. Décisions du 25 août 2015 relatives aux rentes d'orphelin (608 2015 167) et requête d'assistance judiciaire partielle (608 2015 168) 5. Le recours est irrecevable. Partant, il est transmis à la Caisse de compensation FER CIFA, comme objet de sa compétence. 6. Il n'est ni perçu de frais de justice, ni alloué de dépens. 7. La requête d'assistance judiciaire partielle est sans objet. III. 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 10 janvier 2017/msu Président Greffier-stagiaire

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