

FR_GERICHTE 608 2016 261 vom 31. Juli 2017

FR Kantonsgericht, 2017-07-31, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_608_2016_261

FR: FR_GERICHTE 608 2016 261 du 31 juillet 2017

IT: FR_GERICHTE 608 2016 261 del 31 luglio 2017

Regeste

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

Erwägungen

E. 26

novembre 2008 et 9 août 2012. B. Entretemps, le 20 mars 2012, l'assuré a requis l'octroi d'une allocation pour impotent soutenant avoir besoin d'un accompagnement durable et régulier pour faire face aux nécessités de la vie. Suite à une enquête diligentée à son domicile, par décision du 26 février 2014, il s'est vu reconnaître le droit à une allocation pour impotent de degré faible dès le 1er avril 2010. C. Au mois d'août 2015, l'OAI a procédé d'office à la révision du cas. Dans ce cadre, il a diligenté une expertise auprès du Dr G._____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie. Dans son rapport d'expertise du 15 août 2015, l'expert a diagnostiqué une "cyclothymie, actuellement relativement bien compensée (F34.0)", un "état anxieux fluctuant, d'intensité actuelle légère à moyenne (F41.1)" et un "déconditionnement global massif". Si ces diagnostics influencent la capacité de travail, il a estimé que celle-ci est d'au moins 80% dans toutes activités. L'expert est néanmoins d'avis qu'après 16 ans de rente, l'assuré doit bénéficier de mesures visant à le reconditionner. Des stages d'entraînement à l'endurance auprès de H._____ ont été pris en charge pour la période du 4 janvier au 3 avril 2016 et du 13 juin au 11 septembre 2016. Lors de ces deux stages, le rythme de travail devait progressivement augmenter de 2 à 4 heures par jour. D. Par décision du 26 octobre 2016, confirmant un projet du 25 août 2016, l'OAI a retiré l'allocation pour impotent de degré faible dès le 30 novembre 2016. Dans un second temps, par décision du 1er décembre 2016 fixant le degré d'invalidité à 20%, reprenant un projet du 26 octobre 2016, l'OAI a supprimé la rente entière dès le 31 janvier 2017.

Tribunal cantonal TC Page 3 de 16 E. Contre la décision du 26 octobre 2016 supprimant l'allocation pour impotent, l'assuré, représenté par Procap, interjette recours (608 2016 261) devant le Tribunal cantonal le

E. 28

novembre 2016 concluant, principalement, à ce qu'il continue de bénéficier d'une allocation pour impotent de degré faible et, subsidiairement, au renvoi de la cause à l'OAI pour instruction complémentaire et nouvelle décision. A l'appui de ses conclusions, il conteste que son état de santé se soit modifié depuis l'octroi initial de l'allocation, considérant que le Dr G._____ procède uniquement à une appréciation différente d'une même situation. Il se plaint en outre du fait que l'expert ne motive pas suffisamment son appréciation de l'impotence, se contentant de se fonder sur l'absence d'atteinte psychiatrique. Il relève enfin souffrir d'une symptomatologie douloureuse, laquelle n'a cependant jamais été investiguée.

Le 21 décembre 2016, le recourant s'acquitte d'une avance de frais de CHF 800.-. Dans ses observations du 30 mars 2017, l'OAI propose le rejet du recours. Il s'appuie essentiellement sur le rapport d'expertise du Dr G. _____ qu'il considère comme entièrement probant. Selon lui, ce rapport atteste d'une amélioration de l'état de santé. F. Parallèlement à cette première procédure, le 19 janvier 2017 l'assuré, toujours représenté par Procap, interjette recours (608 2017 6) contre la décision du 1er décembre 2016, supprimant la rente, concluant, principalement, au maintien de sa rente, subsidiairement, au renvoi de la cause à l'OAI pour instruction complémentaire et nouvelle décision et, plus subsidiairement, à l'octroi de mesures de reclassement professionnel. Reprenant une partie des motifs présentés dans le cadre de la procédure 608 2016 261, le recourant se plaint en outre du fait que les mesures de réadaptation qui lui ont été octroyées n'étaient pas adaptées. Le 2 février 2017, il s'acquitte d'une avance de frais de CHF 800.-. Le 24 mai 2017, l'OAI adresse ses observations et propose le rejet du recours, ses arguments renvoyant essentiellement à ceux présentés dans le cadre des observations du 30 mars 2017. En outre, en raison de la durée du versement de la rente, il relève avoir octroyé des mesures de réinsertion mais que celles-ci ont été un échec pour des motifs qui ne sont pas de son ressort. G. Tant dans la cause 608 2016 261 que dans la cause 608 2017 6, il n'a pas été procédé à un second échange d'écritures. Il sera fait état des arguments que les parties ont développés 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. en droit 1. Interjetés en temps utiles et dans les formes légales auprès de l'autorité judiciaire compétente par un assuré dûment représenté et directement touché par les décisions attaquées, les recours sont recevables. Il y a lieu, en application de l'art. 42 du code cantonal du 23 mai 1991 de procédure et de juridiction administrative (CPJA; RSF 150.1), de joindre les deux recours dans un seul arrêt.

Tribunal cantonal TC Page 4 de 16 2. a) A teneur de l'art. 8 al. 1 de la loi du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1), applicable par le biais de l'art. 1 al. 1 de la loi du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI; RS 831.20) est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou 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. Est réputé incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 al. 1 LPGA). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (art. 7 al. 2 LPGA). 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 consid. 3.7.1; 102 V 165; VSI 2001 p. 223 consid. 2b et les références; cf. aussi ATF 127 V 294 consid. 4c i. f.). La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique, de troubles somatoformes douloureux persistants ou de fibromyalgie, suppose également la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant selon les règles de l'art sur les critères d'un système de

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

Tribunal cantonal TC Page 5 de 16 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 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). 3. 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). a) 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

Tribunal cantonal TC Page 6 de 16 du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire (arrêt TF 9C_201/2007 du 29 janvier 2008). b) Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 353 consid. 3b/ee). Selon la jurisprudence, un rapport médical établi sur la base d'un dossier a valeur probante si ledit dossier contient suffisamment d'appréciations médicales, qui elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (RAMA 2001 no U 438 p. 345; arrêt TF U 233/02 du 14 juin 2004 consid. 3.1). La jurisprudence a néanmoins souligné que le rapport d'un Service médical régional qui ne se fonde pas sur un examen clinique est une simple recommandation qui ne peut avoir pour objet que d'indiquer quelle opinion médicale il convient de suivre ou, cas échéant, de proposer des investigations complémentaires (arrêt TF 9C_839/2015 du 2 mai 2016 consid. 3.3). 4. Est d'abord examiné le droit du recourant au maintien de sa rente entière, laquelle lui a été retirée par décision du 1er décembre 2016 (cause 608 2017 6). a) 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 (let. a), s'il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGa) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b), et

si, au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (let. c). L'al. 2 prévoit que la rente est échelonnée selon le taux d'invalidité, à savoir qu'un taux d'invalidité de 40% au moins donne droit à un quart de rente; un taux de 50% au moins donne droit à une demi-rente; un taux de 60% au moins donne droit à un trois-quarts de rente; enfin, un taux de 70% au moins donne droit à une rente entière. b) 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 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

Tribunal cantonal TC Page 7 de 16 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). c) Lorsqu'il s'agit d'examiner dans quelle mesure un assuré peut encore exploiter économiquement sa capacité de gain résiduelle sur le marché du travail entrant en considération pour lui (art. 16 LPGA), on ne saurait subordonner la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain à des exigences excessives; l'examen des faits doit être mené de manière à garantir dans un cas particulier que le degré d'invalidité est établi avec certitude. Il s'ensuit que pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner la question de savoir si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'oeuvre (arrêt TF I 198/97 du 7 juillet 1998 consid. 3b et les références, in VSI 1998 p. 293). On ne saurait toutefois se fonder sur des possibilités de travail irréalistes. Ainsi, on ne peut parler d'une activité exigible au sens de l'art. 16 LPGA, lorsqu'elle ne peut être exercée que sous une forme tellement restreinte qu'elle n'existe pratiquement pas sur le marché général du travail ou que son exercice suppose de la part de l'employeur des concessions irréalistes et que, de ce fait, il semble exclu de trouver un emploi correspondant (arrêt TF I 350/89 du 30 avril 1991 consid. 3b, in RCC 1991 p. 329; I 329/88 du 25 janvier 1989 consid. 4a, in RCC 1989 p. 328). S'il est vrai que des facteurs tels que l'âge, le manque de formation ou les difficultés linguistiques jouent un rôle non négligeable pour déterminer dans un cas concret les activités que l'on peut encore raisonnablement exiger d'un assuré, ils ne constituent pas, en règle générale, des circonstances supplémentaires qui, à part le caractère raisonnablement exigible d'une activité, sont susceptibles d'influencer l'étendue de l'invalidité, même s'ils rendent parfois

difficile, voire impossible la recherche d'une place et, partant, l'utilisation de la capacité de travail résiduelle (arrêt TF I 377/98 du 28 juillet 1999 consid. 1 et les références, in VSI 1999 p. 246). En l'absence d'un revenu effectivement réalisé – soit lorsque la personne assurée, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité lucrative ou alors aucune activité normalement exigible –, le revenu d'invalidé peut être évalué sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (cf. arrêt TF 9C_25/2011 du 9 août 2011, consid. 6.2). La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits, le cas échéant, au titre du désavantage salarial supplémentaire, dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75, consid. 5). d) Selon 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 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

Tribunal cantonal TC Page 8 de 16 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 régissant à l'époque du prononcé de la décision litigieuse (ATF 130 V 351 consid. 3.5.2; 125 V 369 consid. 2 et la référence; voir également ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). Le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une révision correspond à la dernière décision qui repose sur un examen matériel du droit à la rente, avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit (ATF 133 V 108 consid. 5.4). Une communication, au sens de l'art. 74ter let. f du règlement 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). 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'invalidé; 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 TF 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

TF 9C_163/2008 du 1er juillet 2008 consid. 3.3 et les références citées; 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. arrêt TF I 176/04 du 20 septembre 2004 entre les mêmes parties). 5. S'agissant d'une suppression de rente se fondant sur les règles de la révision, il s'agit de comparer ici les faits qui prévalaient au moment de la décision du 1er décembre 2016 avec ceux prévalant lors de l'octroi initial de rente par décision du 17 avril 2002. Seule décision entrée en force qui repose sur un examen matériel du droit à la rente, cette première décision constitue en effet le point de départ temporel. Pour leurs parts, les communications des 3 février 2003, 27 septembre 2005, 26 novembre 2008 et 9 août 2012 ne se fondent en effet pas sur une constatation suffisante des faits pertinents, étant souligné qu'aucune nouvelle appréciation des preuves et comparaison des revenus conformes au droit n'ont alors été réalisées. a) Il convient dès lors de rappeler d'abord pour quels motifs l'autorité intimée avait initialement retenu l'existence d'un degré d'invalidité de 100%, justifiant l'octroi d'une rente entière, par décision du 17 avril 2002. Cette décision n'était que sommairement motivée. L'OAI avait mandaté les médecins de E._____ pour expertise. Dans leur rapport du

E. 30

mai 2000, ces derniers diagnostiquaient un "syndrome post-traumatique avec symptomatologie d'une dépression récurrente associée à des manifestations psychosomatiques" et une "structure psychotique avec des traits persécutoires". En raison de ces troubles, les médecins considéraient

Tribunal cantonal TC Page 9 de 16 que la capacité de travail était nulle et proposaient la réalisation d'un stage afin de déterminer si l'assuré était en mesure de suivre un rythme de travail (dossier OAI, p. 422). Ce stage a été organisé auprès de F._____ entre le 5 mars et le 5 juin 2001 à un taux de 50%. Il a cependant été un échec, l'assuré n'ayant été présent qu'un mois et demi (dossier OAI, p. 393). Afin de justifier ses absences, prétendument pour cause d'accident, la psychiatre traitante, la Dresse I._____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, soutenait que son patient avait présenté un "syndrome dépressif et une nouvelle décompensation psychotique" (rapport du 4 juillet 2001, dossier OAI, p. 341). C'est dans ces circonstances qu'une rente entière a été octroyée à l'assuré. b) Dans sa décision du 1er décembre 2016, l'OAI fonde la suppression de la rente entière et l'évaluation du degré d'invalidité sur le rapport d'expertise du Dr G._____ du 15 août 2015. Dans ce rapport, l'expert psychiatre diagnostique une "cyclothymie, actuellement relativement bien compensée (F34.0)", un "état anxieux fluctuant, d'intensité actuelle légère à moyenne (F41.1)" et un "déconditionnement global massif". Il arrive à la conclusion que la capacité de travail est de 80% "d'une manière théorique et en dehors des facteurs extra-médicaux". Il précise qu'"il est cependant évident après 16 ans de rente qu'il y a un tel conditionnement vers l'inactivité qu'une période transitoire devrait être interposée. Il s'agit donc, d'un point de vue médico-théorique, de passer à un stage de réentraînement au travail progressif" (dossier OAI, p. 183). Le rapport d'expertise est fondé sur l'examen du dossier asséculogique ainsi que sur les constats tirés suite à deux entretiens, l'un fait en présence de l'exploré et d'un traducteur, le second par téléphone. Par le biais du dossier asséculogique, l'expert a pu avoir une connaissance complète de l'historique et du contexte médical. Dans le cadre des entretiens, il a également été en mesure de faire passer des tests psychométriques à l'assuré (auto- et hétéro- évaluation) et de lui faire passer des examens complets. Pour sa part, le recourant a pu décrire ses troubles et leur évolution à

l'expert, notamment son état fluctuant de jour en jour. Partant, la Cour retient que l'expertise est fondée sur des examens complets. L'expert a pu statuer en connaissance de l'anamnèse et du contexte médical mais également professionnel, économique, familial et social du recourant. L'expert explique de manière détaillée les motifs et les critères sur lesquels il a fondé ses conclusions. Il procède en particulier à un diagnostic différentiel, sélectionnant le diagnostic le plus sûr, en le différenciant d'autres maladies qui pourraient avoir les mêmes symptômes ou des symptômes proches. On peut notamment relever que l'expert exclut les diagnostics de "phobie sociale" et d'"agoraphobie" même s'il existe quelques traces allant dans leur sens. Il ne suit également pas l'avis du psychiatre traitant, lequel diagnostique un trouble de la personnalité, les critères n'en étant pas remplis. Par contre, rejoignant les médecins de E. _____, il reprend le diagnostic de cyclothymie tout en ajoutant "qu'il y a, au stade actuel, une relative bonne compensation". Enfin, l'expert met en exergue le changement qui a progressivement eu lieu – en lien avec le mariage du recourant en 2011 et la naissance de son enfant en 2014 – relevant que le recourant lui-même admet l'existence de cette amélioration. Ainsi, les points litigieux importants ont fait l'objet d'une étude fouillée. L'appréciation médicale est claire et les conclusions de l'expert dûment motivées. Dès lors que le rapport d'expertise est en tous points conformes aux réquisits jurisprudentiels, il a en soi pleine valeur probante. L'autorité intimée était en droit de se baser sur cette analyse pour conclure à une amélioration de l'état de santé du recourant.

Tribunal cantonal TC Page 10 de 16 c) Les conclusions de l'expert-psychiatre ne sont, au demeurant, pas contredites par les pièces du dossier et, en particulier, par l'avis des psychiatres traitants du recourant, le Dr J. _____ et la Dresse I. _____, tous deux spécialistes FMH en psychiatrie et psychothérapie. Tous deux diagnostiquent un trouble de la personnalité (F60.8) et une cyclothymie (F34.0) en relation avec des troubles de la personnalité (rapport du 23 mai 2012, dossier OAI, p. 266; cf. ég. p. 233). En raison de ces troubles, ils attestent d'une incapacité totale de travailler depuis mars 2001 (rapport du 4 juillet 2001, dossier OAI, p. 341) et font état d'un état de santé stationnaire depuis lors (dossier OAI, p. 233, 266, 302, 310, 325 et 332). Dès novembre 2015, ils admettent toutefois que leur patient est en mesure d'exercer une activité à un taux de 15-20%, pour autant que l'on tienne compte d'un temps d'adaptation très lent (rapport du 10 novembre 2015, dossier OAI, p. 168; cf. ég. p. 108 et 143). Le Dr K. _____, spécialiste FMH en anesthésiologie, du SMR, n'est pas convaincu par la thèse des médecins traitants (dossier OAI, p. 89). Si cette opinion va dans le sens de l'expert-psychiatre, il convient néanmoins de tenir compte du fait que le médecin SMR est spécialiste en anesthésiologie. Son avis médical, très peu argumenté, visant à trancher l'avis entre des spécialistes en psychiatrie et psychothérapie, doit être appréhendé avec une certaine prudence. Cela étant, on peut d'emblée constater que l'évaluation des psychiatres traitants est manifestement influencée par des facteurs psycho-sociaux, lesquels ne sont pas du ressort de l'assureur-invalidité. Ainsi, ils indiquent que l'état de santé de leur patient est notamment lié à "l'émigration [qui] représente un autre facteur de stress nécessitant une adaptation à tout nouveau contexte de la vie, l'apprentissage de la langue, la culture différente, etc." (rapport du 10 novembre 2015, dossier OAI, p. 168). Il apparaît en outre que le suivi psychiatrique, a considérablement diminué entre 2012, où les consultations étaient espacées toutes les trois à quatre semaines (rapport du 23 mai 2012, dossier OAI, p. 266), et 2014 où elles avaient lieu tous les deux à trois mois (rapport du 15 octobre 2014, dossier OAI, p. 233). Une telle fréquence de consultation ne va au demeurant pas dans le sens de l'existence d'une atteinte de la gravité alléguée par les psychiatres traitants. Enfin, il ne faut pas perdre de vue le fait,

relevant de l'expérience, que, de par sa position de confident privilégié que lui confère son mandat, le médecin traitant tranchera dans le doute en faveur de son patient (cf. ATF 125 V 352 consid. 3 b/cc et les références). L'avis du Dr J. _____ et de la Dresse I. _____ ne convainquent donc pas. d) Au vu de ce qui précède, la Cour de céans estime que la cause est suffisamment instruite pour trancher le litige de sorte qu'il n'est pas nécessaire de diligenter de nouvelles mesures d'instruction. A ce stade, il faut relever qu'à la lecture de son dernier rapport, le Dr L. _____, spécialiste FMH en médecine interne générale, ne semble pas suivre le recourant de manière régulière, ne fait pas état de diagnostic somatique et renvoie à l'appréciation du psychiatre (dossier OAI, p. 226 et 280). Le recourant n'allègue pas, à cet égard, être suivi par un autre médecin pour la "symptomatologie douloureuse" alléguée. Cela va dans le sens de l'absence d'atteinte sur le plan somatique, de sorte que c'est à juste titre que l'autorité intimée n'a pas examiné la question de la capacité de travail sous cet angle. Suivant les conclusions du Dr G. _____, la Cour retient dès lors que le recourant possède une capacité de travail de 80% dans toute activité.

Tribunal cantonal TC Page 11 de 16 Les revenus de valide (CHF 66'718.80) et d'invalidé (CHF 53'375.05) retenus par l'OAI dans sa décision du 1er décembre 2016, découlent tous deux des chiffres de de l'Enquête suisse sur la structure des salaires 2014 (ci-après: ESS; ESS 2014, tableau TA1_skill_level, total, niveau 1), lesquels ont été indexés et adaptés à la durée usuelle du travail. S'agissant du salaire d'invalidé, l'Office a en outre tenu compte de la capacité de travail réduite à 80%. Ces montants ne sont pas contestés. Ils n'apparaissent au demeurant pas devoir faire l'objet de critiques, de sorte qu'ils peuvent être suivis. De la comparaison des revenus, il découle un degré d'invalidité de 20%. C'est dès lors à juste titre que l'OAI a considéré que le degré d'invalidité n'était plus suffisant pour justifier l'octroi d'une rente. 6. Un assuré ayant obtenu une rente depuis plus de quinze ans peut bénéficier de mesures d'accompagnement à sa réintégration professionnelle. a) 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 LPG) ou reconsidération (art. 53 al. 2 LPG), 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). b) Par communications des 13 janvier et 13 juin 2016, l'OAI a pris en charge des mesures de réinsertion de type endurance du 4 janvier au 3 avril 2016 et du 13 juin au 11 septembre 2016 (dossier OAI, p. 125 et 155). Toutes deux prévoyaient un entraînement à l'endurance avec une augmentation progressive du temps de présence de 2 à 4 heures par jour (cf. contrats d'objectifs, dossier OAI, p. 114 et 151).

Tribunal cantonal TC Page 12 de 16 Ces deux mesures remplissent les conditions proposées par le Dr G._____, et sont également proches de celles émises par le Dr J._____. En effet, un temps de présence de 2 heures par jour, 4 jours par semaine (cf. courrier du 23 mars 2016, dossier OAI, p. 147; cf. ég. p. 92), étant initialement demandé, ce qui correspond au taux de 15-20% que le psychiatre traitant conseillait (rapport du 10 novembre 2015, dossier OAI, p. 168). Le recourant n'apparaissait au demeurant initialement pas inquiet d'un tel taux, indiquant que "le H._____ lui semble tranquille" (sic; mail du 16 décembre 2015, dossier OAI, p. 159). Le suivi de ces mesures était dès lors médicalement exigible. Il tenait aussi compte du déconditionnement d'un assuré n'ayant travaillé que 22 jours depuis son arrivée en Suisse en mai 1993. Le 19 avril 2016, l'OAI a adressé 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 (dossier OAI, p. 135). Il ressort des rapports de H._____ que le recourant n'a toutefois pas donné satisfaction aux organisateurs des mesures. A la fin du premier stage, ceux-ci indiquent ainsi que "vu le grand nombre d'absence, il est encore difficile d'évaluer les compétences [du recourant]" et qu'il "est loin d'avoir atteint ses objectifs, les absences étant beaucoup trop nombreuses" (cf. dossier OAI, p. 137). Dans le cadre du second, ils relèvent avoir "tout mis en œuvre pour le motiver: tenir compte de son sommeil le matin, lui demander de choisir ses activités, mais sans succès. Monsieur se plaint de plus en plus de fatigue" (dossier OAI, p. 92). Cela amène le Dr K._____ à retenir que l'échec des mesures de réinsertion "est imputable exclusivement aux facteurs extra- médicaux, résumés par l'expert sous le terme de déconditionnement global massif et confirmé par l'observation durant la mesure" (dossier OAI, p. 89). Dans ces circonstances, force est de constater que l'autorité intimée a fait bénéficier son assuré de mesures suffisantes pour l'accompagner dans sa réintégration professionnelle, mais que celui-ci ne les a pas suivies. L'OAI pouvait, dès lors, à juste titre, mettre fin à la rente. Cela étant, dans son recours du 19 janvier 2017, le recourant conclut à l'octroi de mesures d'ordre professionnel dès lors que son degré d'invalidité est d'au minimum 20%. Il requiert l'octroi d'un reclassement dans une nouvelle profession au sens de l'art. 17 al. 1 LAI. Toutefois, cette question n'a pas encore été tranchée par l'OAI dans une décision. Les conclusions tendant à obtenir l'octroi d'un reclassement dans une nouvelle profession sont dès lors irrecevables. Si une telle demande devait être maintenue, il appartiendra à l'autorité intimée de rendre une décision en la matière. 7. Enfin, demeure encore litigieux, le droit du recourant au maintien d'une allocation pour impotent, laquelle a été supprimée par décision du 26 octobre 2016 (cause 608 2016 261). a) En vertu de l'art. 42 al. 1 LAI, les assurés impotents qui ont leur domicile et leur résidence habituelle en Suisse ont droit à une allocation pour impotent. Est réputée impotente toute personne qui, en raison d'une atteinte à sa santé, a besoin de façon permanente de l'aide d'autrui ou d'une surveillance personnelle pour accomplir des actes élémentaires de la vie quotidienne (art. 9

LPGA et 38 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité, RAI; RS 831.201). Est aussi considérée comme impotente la personne majeure vivant chez elle qui, en raison d'une atteinte à sa santé, a durablement besoin d'un accompagnement lui permettant de faire face aux nécessités de la vie. b) La loi distingue trois degrés d'impotence: grave, moyen ou faible (art. 42 al. 2 LAI).

Tribunal cantonal TC Page 13 de 16 L'impotence est grave lorsque l'assuré est entièrement impotent. Tel est le cas s'il a besoin d'une aide régulière et importante d'autrui pour tous les actes ordinaires de la vie et que son état nécessite, en outre, des soins permanents ou une surveillance personnelle (art. 37 al. 1 RAI). L'impotence est moyenne si l'assuré, même avec des moyens auxiliaires, a besoin: (a) d'une aide régulière et importante d'autrui pour accomplir la plupart des actes ordinaires de la vie; (b) d'une aide régulière et importante d'autrui pour accomplir au moins deux actes ordinaires de la vie et nécessite, en outre, une surveillance personnelle permanente; ou (c) d'une aide régulière et importante d'autrui pour accomplir au moins deux actes ordinaires de la vie et nécessite, en outre, un accompagnement durable pour faire face aux nécessités de la vie au sens de l'art. 38 RAI (art. 37 al. 2 RAI). Enfin, l'impotence est faible si l'assuré, même avec des moyens auxiliaires, a besoin, notamment: (a) de façon régulière et importante, de l'aide d'autrui pour accomplir au moins deux actes ordinaires de la vie; (b) d'une surveillance personnelle permanente; (c) de façon permanente, de soins particulièrement astreignants, exigés par l'infirmité de l'assuré; (d) de services considérables et réguliers de tiers lorsqu'en raison d'une grave atteinte des organes sensoriels ou d'une grave infirmité corporelle, il ne peut entretenir des contacts sociaux avec son entourage que grâce à eux; ou (e) d'un accompagnement durable pour faire face aux nécessités de la vie au sens de l'art. 38 RAI (art. 37 al. 3 RAI). c) L'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie au sens de l'art. 38 RAI ne comprend ni l'aide de tiers pour les six actes ordinaires de la vie, ni les soins ou la surveillance personnelle. Il représente bien plutôt une aide complémentaire et autonome, pouvant être fournie sous forme d'une aide directe ou indirecte à des personnes atteintes dans leur santé physique, psychique ou mentale (ATF 133 V 450). Cette aide intervient lorsque l'assuré ne peut pas en raison d'une atteinte à la santé vivre de manière indépendante sans l'accompagnement d'une tierce personne (art. 38 al. 1 let. a RAI), faire face aux nécessités de la vie et établir des contacts sociaux sans l'accompagnement d'une tierce personne (let. b), ou éviter un risque important de s'isoler durablement du monde extérieur (let. c). Dans la première éventualité (impossibilité de vivre de manière indépendante), l'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie doit permettre à la personne concernée de gérer elle-même sa vie quotidienne. Il intervient lorsque la personne nécessite de l'aide pour au moins l'une des activités suivantes: structurer la journée, faire face aux situations qui se présentent tous les jours (p. ex. problèmes de voisinage, questions de santé, d'alimentation et d'hygiène, activités administratives simples), et tenir son ménage (aide directe ou indirecte d'un tiers; ATF 133 V 450 consid. 10 ss.). Dans la deuxième éventualité (accompagnement pour les activités hors du domicile), l'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie doit permettre à la personne assurée de quitter son domicile pour certaines activités ou rendez-vous nécessaires, tels les achats, les loisirs ou les contacts avec les services officiels, le personnel médical ou le coiffeur (arrêt TF 9C_28/2008 du 21 juillet 2008 consid. 3). Dans la troisième éventualité (risque d'isolement durable), l'accompagnement en cause doit prévenir le risque d'isolement durable ainsi que de la perte de contacts sociaux et, par là, la péjoration subséquente de l'état de santé de la personne assurée (arrêt TF 9C_543/2007 du 28 avril 2008 consid. 5.2, SVR 2008 IV n° 52

p. 173).

Tribunal cantonal TC Page 14 de 16 Le chiffre marginal 8053 de la Circulaire de l'OFAS sur l'invalidité et l'impotence dans l'assurance- invalidité (ci-après: CIIAI) prévoit que l'accompagnement est régulier lorsqu'il est nécessité en moyenne au moins deux heures par semaine sur une période de trois mois. Le Tribunal fédéral a reconnu que cette notion de la régularité était justifiée d'un point de vue matériel et partant conforme aux dispositions légales et réglementaires (ATF 133 V 450 consid. 6.2; arrêt 9C_1056/2009 du 10 mai 2010 consid. 2). d) Selon l'art. 17 al. 2 LPGA, toute prestation durable accordée en vertu d'une décision entrée en force est, d'office ou sur demande, augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée si les circonstances dont dépendait son octroi changent notablement. Chaque loi spéciale peut fixer le point de départ de la modification ou encore exclure une révision en s'écartant de la LPGA (ATF 130 V 343 consid. 3.5.3 p. 351 ; KIESER, ATSG-Kommentar, 2ème éd. 2009, n° 32 et 44 ad art. 17 LPGA ; LOCHER, Grundriss des Sozialversicherungsrechts, 2003, n. 10 p. 256). L'art. 17 al. 2 LPGA, applicable aux prestations durables autres que les rentes d'invalidité visées à l'art. 17 al. 1 LPGA, exige une modification importante des circonstances dont dépendait l'octroi de la prestation contestée (arrêt TF 9C_628/2015 du 24 mars 2016 consid. 5.4). Le point de savoir si un changement justifiant une révision s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision entrée en force reposant sur un examen matériel du droit à la prestation, avec une constatation des faits pertinents et une appréciation des preuves conformes au droit, et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 133 V 108 consid. 5 ; arrêt TF 9C_89/2013 du 12 août 2013 consid. 4.1). 8. a) Le recourant s'est vu reconnaître le droit à une allocation pour impotent de degré faible par décision du 26 février 2014, laquelle retenait qu'il avait besoin d'un accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie de plus de deux heures par semaine (dossier OAI, p. 240). Cet octroi se fonde d'abord sur un rapport d'enquête domiciliaire du 14 septembre 2012 dans le cadre duquel l'enquêteur reconnaissait que les trois éventualités de l'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie étaient remplies. S'agissant de la première éventualité (impossibilité de vivre de manière indépendante), il retenait que l'épouse – auparavant la mère et le frère – s'occupaient des repas, de la lessive, du ménage et devait inciter le recourant à se doucher, se raser ou se lever du lit. Dans la deuxième éventualité (accompagnement pour les activités hors du domicile), l'enquêteur soulignait que l'épouse accompagnait le recourant dans les sorties et va faire les paiements à la poste. Enfin, quant à la troisième éventualité (risque d'isolement durable), l'enquêteur précisait que "son épouse et sa famille sont indispensables afin d'éviter un isolement durable" (dossier OAI, p. 258). A la même époque, le Dr J. _____ et la Dresse I. _____, faisaient état du diagnostic de "troubles anxio-dépressifs avec des fluctuations de l'état thymique" lesquels nécessitaient "la présence d'une personne d'une façon quasi-permanente. Depuis son mariage, c'est sa femme qui accomplit cette fonction, lui permettant ainsi une qualité relative dans la vie quotidienne. Cette aide est nécessaire depuis le début de la prise en charge. Avant son mariage, sa mère et son frère ont aidé le patient pendant plusieurs années" (rapport du 21 février 2012, dossier OAI, p. 302). b) Dans sa décision du 26 octobre 2016 supprimant l'allocation pour impotent, l'OAI s'est aussi fondé sur le rapport d'expertise du Dr G. _____ du 15 août 2015. On peut, ici, reprendre ce qui a été relevé ci-avant en relation avec la valeur probante de ce rapport.

Tribunal cantonal TC Page 15 de 16 En particulier, l'expert relève qu'au moment de demander l'octroi d'une allocation pour impotent, le recourant "était depuis longtemps dans le conditionnement de recevoir de l'aide et certainement, avec son mariage et les besoins matériels, la recherche d'autres ressources financières était nécessaire". Refusant de constater une impotence, en particulier s'agissant de l'aide de tiers "pour les besoins de sa vie ordinaire", l'expert estime que l'image que l'assuré "a présenté de lui-même, l'image qu'il a donné à l'extérieur, n'est pas du tout celle d'un impotent" (dossier OAI, p. 183). S'agissant de la question ici litigieuse de l'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie, l'expert ne procède pas à un examen séparé explicite mais renvoie à divers points de réflexion. Ainsi, il ressort des considérants de son expertise que, s'agissant de l'impossibilité de vivre de manière indépendante, le recourant participe aux soins de son enfant, participe à la vie familiale, prépare les paiements, "donne un coup de main à sa femme". En relation avec l'accompagnement pour les activités hors du domicile, l'expert relève que le recourant "peut utiliser les transports publics de principe mais n'est pas très à l'aise seul" et est en mesure de conduire sur de petites distances. Il précise encore que le recourant "sort parfois (pas de précision)", a été en vacances dans son pays d'origine avec son frère et "sort se promener". Enfin, en relation avec le risque d'isolement durable, l'expert constate que "l'assuré est bien intégré au réseau familial et de connaissances de son épouse". Il a des relations avec "sa mère, son frère [...], sa sœur, son épouse, cercle d'amis". L'expert relève une "participation aux différentes visites qui viennent ou que le couple fait à l'extérieur" (dossier OAI, p. 183). Loin de se limiter à fonder ses conclusions sur "l'absence d'atteinte psychiatrique", l'expert présente au contraire un raisonnement convaincant, lequel atteste d'une amélioration significative de la situation sur le plan de l'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie. Cette amélioration était, au demeurant, prévue par l'enquêteur de l'OAI dans son rapport du 14 septembre 2012 lorsqu'il indiquait qu'au "vu de la bonne volonté de son épouse, une amélioration peut se faire attendre ces prochaines années" (dossier OAI, p. 258). Les circonstances s'étant clairement améliorées, les conditions de l'art. 17 LPGa sont réalisées et la suppression de l'allocation pour impotent est conforme au droit. 9. a) De l'ensemble des éléments qui précèdent, on peut déduire que l'atteinte à la santé ne présente plus un degré de gravité suffisant justifiant de continuer le versement d'une rente entière. Pour ces motifs, le recours (608 2017 6) contre la décision du 1er décembre 2016, pour autant que recevable en ce qu'il a trait à l'octroi d'un reclassement dans une nouvelle profession, doit être rejeté et la suppression de la rente entière dès le 1er février 2017 confirmée. La procédure n'étant pas gratuite, les frais de justice, fixés à CHF 800.-, sont mis à la charge du recourant. b) Pour sa part, le recours (608 2016 261) contre la décision du 26 octobre 2016 doit être également rejeté et la suppression de l'allocation pour impotent, dès le 30 novembre 2016, confirmée. La procédure n'étant pas gratuite, les frais de justice, fixés à CHF 400.-, sont mis à la charge du recourant. Le solde de CHF 400.- lui est restitué.

Tribunal cantonal TC Page 16 de 16 la Cour arrête: I. Les causes 608 2016 261 et 608 2017 6 sont jointes. II. Le recours (608 2016 261) contre la décision du 26 octobre 2016 est rejeté. III. Pour autant que recevable, le recours (608 2017 6) contre la décision du 1er décembre 2016 est rejeté. IV. Les frais de justice, fixés à CHF 400.- pour la procédure 608 2016 261 et à CHF 800.- pour la procédure 608 2017 6 sont mis à la charge du recourant; ils sont compensés avec les avances du même montant déjà versées, le solde de CHF 400.- lui étant restitué. V. 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 31 juillet 2017/pte Président Greffier

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