

FR_GERICHTE 608 2017 73 vom 27. August 2018

FR Kantonsgericht, 2018-08-27, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_608_2017_73

FR: FR_GERICHTE 608 2017 73 du 27 août 2018

IT: FR_GERICHTE 608 2017 73 del 27 agosto 2018

Regeste

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

Erwägungen

E. 1

Interjeté en temps utile et dans les formes légales auprès de l'autorité judiciaire compétente par un assuré directement touché par la décision attaqué, le recours est recevable.

E. 2

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.

E. 2.1

Selon l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et si au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu 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 (art. 16 LPGA). La notion du marché équilibré du travail est une notion théorique et abstraite, qui sert de critère de distinction entre les cas tombant sous le coup de l'assurance-chômage et ceux qui relèvent de l'assurance-invalidité. Elle implique, d'une part, un certain équilibre entre l'offre et la demande de main-d'œuvre et, d'autre part, un marché du travail structuré de telle sorte qu'il offre un éventail d'emplois diversifiés. D'après ces critères, on déterminera si, dans les circonstances concrètes du cas, l'invalide a la possibilité de mettre à profit sa capacité résiduelle de gain, et s'il peut ou non réaliser un revenu excluant le droit à une rente.

E. 2.2

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

Tribunal cantonal TC Page 4 de 17 des conséquences d'un état psychique malade, et 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 in fine). La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique, de troubles somatoformes douloureux persistants ou de fibromyalgie, suppose également, sous la nouvelle jurisprudence, la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant selon les règles de l'art sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 141 V 281 consid. 2.1 et 2.1.1; 130 V 396 consid. 5.3 et 6). Les facteurs psychosociaux et socioculturels ne constituent pas, à eux seuls, 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). Il peut être renoncé à un examen fondé sur une grille d'évaluation normative et structurée telle que posée par l'ATF 141 V 281 pour les atteintes psychiques lorsqu'un tel examen n'apparaît pas nécessaire ou adéquat. Il en va notamment ainsi lorsque des rapports médicaux motivés de manière compréhensible excluent une incapacité de travail et que la pertinence des éventuels avis contradictoires peut être niée en raison d'un défaut de spécialisation médicale de leurs auteurs ou pour un autre motif (cf. arrêt TF 8C_130/2017 du 30 novembre 2017 consid. 7.1.1).

E. 2.3

Selon l'art. 17 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Tout changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision. La rente peut ainsi être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain (ou d'exercer ses travaux habituels) ont subi un changement important (ATF 109 V 108 consid. 3b; 107 V 219 consid. 2; 105 V 29 et les références, VSI 1996 p. 188 consid. 2d). Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient lorsque la décision initiale de rente a été rendue, respectivement lorsqu'elle a été revue, avec les circonstances prévalant au moment 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).

Tribunal cantonal TC Page 5 de 17 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). En revanche, un examen matériel fait défaut si une communication confirme le status quo malgré des rapports médicaux établis entre-temps se trouvant en contradiction avec ceux à l'origine de la rente et en l'absence de mesures d'instruction y relatives (arrêt TF 8C_676/2011 du 31 janvier 2012 consid. 3.4 s.). Dès lors, on ne peut se baser sur un acte de l'administration qu'à condition que ce dernier repose sur les mesures d'instruction nécessaires au vu des faits qui auraient pu changer (SVR 2010 IV no. 54 p. 167; TF 9C_899/2009 du 26 mars 2010 consid. 2.1 et 8C_3/2012 du 25 avril 2012 consid. 3.3).

E. 2.4

Selon l'art. 88a al. 1 RAI, le changement résultant de l'amélioration de la capacité de gain ou de la capacité d'accomplir les travaux habituels de l'assuré ou de l'atténuation de son impotence ou encore de son besoin de soins ou d'aide découlant de son invalidité, n'est déterminant pour la suppression de tout ou partie du droit aux prestations qu'à partir du moment où on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va ainsi lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre. 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. 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 notamment des cas dans lesquels la réduction ou la suppression par révision (art. 17 al. 1 LPGA) du droit à la rente concerne une personne qui a bénéficié d'une rente pendant quinze ans au moins ou a plus de 55 ans. Lorsque la rente a été allouée de façon prolongée, il convient dans chaque cas de vérifier que la personne assurée est concrètement en mesure de mettre à profit sa capacité de gain sur le marché équilibré du travail (art. 7 al. 1 LPGA en corrélation avec l'art. 16 LPGA). Il peut en effet arriver que les exigences du marché du travail ne permettent pas l'exploitation immédiate d'une capacité de travail médicalement documentée; c'est le cas lorsqu'il ressort clairement du dossier que la personne assurée n'est pas en mesure – pour des motifs objectifs et/ou subjectifs liés principalement à la longue absence du marché du travail ou à l'âge de l'assuré – de mettre à profit par ses propres moyens les possibilités théoriques qui lui ont été reconnues et nécessite de ce fait l'octroi d'une aide préalable. Cela ne signifie pas que la personne assurée peut se prévaloir d'un droit acquis dans le cadre d'une procédure de révision; il est seulement admis qu'une réadaptation par elle-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; voir également arrêt TF 9C_254/2011 du 15 novembre 2011 consid. 7).

Tribunal cantonal TC Page 6 de 17

E. 2.5

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 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). Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre (ATF 125 V 351 consid. 3a; arrêt TF 9C_745/2010 du 30 mars 2011 consid. 3.1 et les références citées). En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant, c'est que les points litigieux 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 médicales soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (arrêt TF 9C_745/2010 du 30 mars 2011; ATF 125 V 351). La durée d'un examen n'est pas un critère permettant en soi de juger de la valeur d'un rapport médical (arrêts TF 9C_382/2008 du 22 juillet 2008 et 9C_514/2011 du 26 avril 2012). La question de savoir si l'expertise est en soi complète et convaincante dans son résultat est en première ligne déterminant (arrêt TF 9C_55/2009 du 1er avril 2009 consid. 3.3 et les références citées). Il y a en outre 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). Un rapport médical ne saurait toutefois être écarté pour la simple et unique raison qu'il émane du médecin traitant (arrêt TF I 81/07 du 8 janvier 2008 consid. 5.2).

E. 3

En l'espèce, le litige porte principalement sur l'évolution du taux d'invalidité de l'assuré, plus précisément sur l'évolution de sa capacité de travail, ce qui relève d'une appréciation médicale de sa situation. Il s'agit d'abord de rappeler l'état de santé justifiant l'octroi d'une rente le 20 septembre 2002 (3.1.), de passer brièvement en revue la communication ayant

confirmé son droit à la rente en 2004 (3.2.) pour ensuite comparer l'évolution de la santé depuis ce moment-là jusqu'à la décision querrellée du 23 mars 2017 (3.3.).

E. 3.1

Les problèmes de santé suivants étaient à l'origine de la rente initiale, octroyée par prononcé du 20 septembre 2002.

Tribunal cantonal TC Page 7 de 17 Le Dr C. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique, traitant le recourant pour son pied-bot gauche, l'inégalité de longueur des membres inférieurs et la dystrophie musculaire au niveau du mollet, consulté en août 2000 suite à une décompensation douloureuse de son genou et de son membre inférieur gauche, retient le 7 septembre 2000 que ce handicap limite le recourant dans ses activités physiques (travaux lourds en position debout, port de charges lourdes). Il préconise une occupation mixte, de prédominance assise (dossier OAI p. 715). Lors d'un entretien téléphonique du 1er mai 2002, le Dr D. _____, spécialiste en médecine interne générale et médecin de famille, indique à l'OAI "qu'il a effectivement revu A. _____ dans un état de crise et qu'il règle pour l'instant l'urgence de la situation. Il n'a pas encore pu prévoir la suite du traitement à moyen terme mais pense qu'il l'adressera à un collègue psychiatre. A son avis, les problèmes sont multiples (social, familial, relationnel, financiers et psychologiques) et complexes" (dossier OAI p. 509). Dans son rapport sur formulaire du 11 juin 2002, le médecin de famille indique une aggravation de l'état dépressif et adresse le patient à E. _____ (dossier OAI p. 496 s.; cf. p. 52 s.), où le Dr F. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, retient dans son rapport du 5 septembre 2002 les diagnostics de trouble anxieux et dépressif mixte (CIM-10: F41.1) et de trouble de la personnalité émotionnellement labile de type borderline (CIM-10: F60.31) et atteste d'une incapacité de travail de durée indéterminée dès le 11 juin 2002 (dossier OAI p. 468 s.).

E. 3.2

La dernière communication ayant confirmé le droit à sa rente entière est celle du 19 août 2004 (dossier OAI p. 422). Elle s'est basée, en substance, sur deux rapports médicaux sur formulaire de G. _____. Le premier rapport rédigé en avril 2003 décrit une évolution fluctuante, sans amélioration significative ni modification du status psychique avec un pronostic sombre. Une psychothérapie et une thérapie en groupe étaient alors en cours (dossier OAI p. 445). Le deuxième rapport de juillet 2004 juge illusoire que le recourant puisse retrouver sa capacité de travail, même avec un traitement régulier et à long terme, mentionnant en outre que l'absentéisme et l'irrégularité du traitement psychiatrique font partie de son trouble (dossier OAI p. 425).

E. 3.3

Pour la comparaison à effectuer dans le cadre de la présente procédure de révision, il faut retenir que la communication du 19 août 2004, confirmant le droit à dite rente, s'est fondée sur une instruction trop sommaire – deux rapports rédigés sur formulaire – pour que l'on puisse considérer qu'il y ait eu un examen matériel à proprement parler de la situation clinique. Partant, il convient de retenir que la décision du 20 septembre 2002 est déterminante comme point de départ pour la comparaison à effectuer dans la présente procédure de révision. Dès lors, il s'agit d'examiner l'évolution de l'état de santé de l'assuré à l'aide des pièces médicales figurant au dossier du 20 septembre 2002, jusqu'au moment de la décision querrellée du 23 mars 2017. Pour ce faire, il sera d'abord fait état des pièces médicales relatives à l'état somatique du recourant (3.3.1.) pour ensuite exposer celles se

référant à son état psychique (3.3.2.), y compris l'expertise psychiatrique (3.3.3.). A noter que les rapports médicaux ne contenant pas d'informations pertinentes ou illisibles ne seront pas mentionnés.

E. 3.3.1

Troubles somatiques Il ressort du rapport du 4 mai 2007 du Dr H. _____, spécialiste en médecine interne générale, que le recourant s'est fait poser, fin septembre 2006, un bypass gastrique en raison d'un BMI de 37. Suite à une complication et un état septique sur abcès, l'évolution a été favorable après une bonne révision chirurgicale (dossier OAI p. 407).

Tribunal cantonal TC Page 8 de 17 Le Dr I. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, soutient dans son rapport d'octobre 2007 qu'il est trop tôt pour se prononcer sur des mesures professionnelles puisque son patient a perdu 37 kg depuis son bypass et qu'il est en rééducation pour une tonification musculaire (dossier OAI p. 393). A la fin octobre 2010, le recourant a été opéré à J. _____ pour une hernie inguinale dans le cadre de laquelle une abdominoplastie a été effectuée (dossier OAI p. 61, 309). Début mars 2011, le médecin de famille, le Dr D. _____, retient dans son rapport sur formule une diminution de rendement de 50% dans un travail administratif, qualifiant toutefois la motivation du recourant de partielle, en ce qui concerne la reprise du travail ou pour un reclassement professionnel (dossier OAI p. 306 ss). Dans son rapport du 13 août 2012, le Dr I. _____ mentionne une déchirure du ménisque interne du genou droit (16.8.2009), une maladie de Haglund au talon gauche (13.3.2012) avec des douleurs au pied gauche (ancien pied bot et insertion tendon d'Achille), une tendinite du tendon rotulien à droite (30.03.2012), une fracture multifragmentaire du poignet gauche (8.5.2012) et une fracture de P2 droite (juillet 2012). Selon ce rapport, l'état de santé s'est amélioré (dossier OAI p. 272). Le rapport du conseiller en réadaptation du 25 novembre 2013 indique que le recourant a été hospitalisé du 15 au 18 octobre 2013 pour des problèmes urinaires (dossier OAI p. 199; le dossier ne contient pas de rapport médical à ce sujet). Après avoir subi une embolie pulmonaire segmentaire basale droite le 21 avril 2015, le recourant peut quitter l'Hôpital K. _____ après un séjour d'un jour compte tenu d'une évolution clinique plutôt favorable (dossier OAI p. 132 s.). Dans sa prise de position du 16 janvier 2017, le médecin du SMR résume les troubles somatiques de l'assuré comme suit: "Du côté somatique, on évoque la présence d'un pied bot à gauche dès sa naissance, qui a été opéré dans sa jeunesse. Par la suite il a développé une différence de longueur aux niveaux des membres inférieurs, des troubles statiques au niveau de sa colonne lombaire et une dysbalance de son bassin. Ces problèmes ne l'ont pas empêché de travailler, mais des travaux lourds sont devenus pénibles pour l'assuré. Son problème somatique le plus important était son obésité pour laquelle il s'est fait opérer par un by-pass gastrique, malheureusement avec quelques complications: septicémie pour abcès intraabdominal, embolie pulmonaire. Il a été traité pour cela chirurgicalement et médicalement avec succès. En avril 2015 ré-intervention chirurgicale pour iléus sur adhérences, également avec une bonne évolution. A noter des épisodes de troubles du transit, inhérents au traitement par bypass, sans caractère invalidant. Grâce à la perte pondérale, l'assuré a pu se sentir mieux et il est devenu plus souple et il a gagné dans l'estime en soi à la même occasion. Les problèmes orthopédiques, mis à part son pied bot qui peut encore présenter des séquelles mineurs, il a eu une opération pour ménisque au genou gauche en 2009, une fracture multi fragmentaire du poignet gauche en mai 2012 et une fracture au niveau de sa main droite également en 2012, une nouvelle fracture du poignet droit cette fois en 2015. Dans le RM du Dr D. _____ du 15.09.2015,

aucun diagnosti[c] d'ordre somatique n'est évoqué. Il n'y a pas d'autres informations depuis dans le dossier médical, qui pourraient nous donner une évolution ou une situation médicale somatique susceptible d'influencer [...] sa capacité de travail. En conclusion, on peut déduire qu'il n'y a pas d'atteinte à la santé somatique au sens de l'AI avec influence sur sa capacité de travail" (dossier OAI p. 42 s.).

E. 3.3.2

Troubles psychiques

Tribunal cantonal TC Page 9 de 17 Les deux rapports médicaux sur formulaire de G._____, rédigés en avril 2003 et juillet 2004, décrivent, pour l'essentiel, une évolution fluctuante, sans amélioration significative avec un pronostic sombre. Il est fait mention, en outre, que l'absentéisme au traitement psychiatrique fait partie du trouble psychique (cf. supra consid. 3.2; dossier OAI p. 425, 445). Depuis janvier 2008, le recourant est de nouveau en traitement auprès de G._____ (renommé par la suite E._____ et cité ainsi ci-après). Le rapport médical du 14 avril 2008 retient comme diagnostics, avec répercussions sur la capacité de travail, un syndrome douloureux chronique consécutif aux troubles statiques avec inégalité des membres inférieurs, cyphoscoliose et pied bot (depuis la naissance), une dysmorphie corporelle (depuis 2002) (CIM-10: F45.2), une hyperphagie boulimique (depuis 2002) (CIM-10: F50.4) ainsi qu'un trouble de la personnalité à traits schizotypiques et borderline (depuis l'adolescence) (CIM-10: F61). Le rapport mentionne en outre: "Une psychothérapie à long terme avec une pharmacothérapie adaptée serait nécessaire. Le patient n'adhère actuellement pas de façon régulière au traitement, donc nous ne pouvons pas nous prononcer précisément sur le pronostic de l'état psychique de l'assuré". Le rapport affirme en outre que la capacité de travail peut être améliorée par des mesures médicales et que des mesures professionnelles sont indiquées. La capacité de travail dans une activité peu stressante et sans trop de contact avec autrui est possible à 30-50% (dossier OAI p. 356). En avril ou mai 2008, le recourant a mis fin au suivi psychiatrique à E._____ (cf. dossier OAI p. 57, 342). Dans sa prise de position du 1er juillet 2008, le médecin du SMR retient une capacité de travail de 30 à 50% au départ dans une activité correspondant au profil esquissé par les psychiatres de E._____, respectant les limitations physiques. Il conclut comme suit: "On peut donc considérer qu'actuellement la situation s'est améliorée, probablement dans les suites de l'opération de bypass gastrique en 2006, tant sur le plan somatique que psychique, avec une meilleure valorisation de son image corporelle et une diminution de ses douleurs mécaniques de surcharge" (dossier OAI p. 348). L'assuré a, par la suite, à nouveau été suivi par E._____ qui, dans un rapport du 17 juin 2010, décrit un état de santé stationnaire, avec des traits schizotypiques qui s'expriment cliniquement par la peur d'une dysmorphie corporelle. Les traits borderline abandonniques se manifestant avec une impulsivité importante (crises de boulimie et abus d'alcool) semblent mieux sous contrôle après la pose du bypass gastrique. Une psychothérapie à long terme avec psycho-pharmacothérapie adaptée est considérée comme nécessaire. Le patient suit régulièrement les entretiens individuels, mais s'oppose au traitement pharmacologique. Les médecins de E._____ estiment une activité commerciale envisageable à condition d'éviter l'effort physique et le stress. Dans une telle activité, ils estiment l'assuré capable de travailler à raison de 5 heures par jour, avec une diminution de rendement non précisée (dossier OAI p. 312, cf. p. 60). Sans suivi psychiatrique depuis octobre 2010 (dossier OAI p. 296), le rapport du 21 mars 2011 de E._____ réitère l'effet positif du traitement de chirurgie bariatrique sur les troubles

psychiques (crises de boulimie, abus d'alcool). En raison des difficultés psychiques – notamment des traits schizotypiques, une psychorigidité, des pensées pseudo-déliantes qui s'expriment lors de confrontations aux situations de stress –, les médecins de E. _____ jugent l'assuré incapable d'entreprendre une activité de façon régulière. Une reprise d'activité est envisageable, selon eux, par le biais d'ateliers thérapeutiques pour évaluer ses capacités à 50%, avant d'envisager une augmentation. Le pronostic est réservé en raison d'une problématique de longue date, devenue chronique, dont aussi un syndrome douloureux chronique. Les entretiens psychiatriques ont lieu à raison d'une séance chaque 3 à 4 mois (OAI p. 301).

Tribunal cantonal TC Page 10 de 17 Le Dr L. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, qui suit l'assuré depuis mars 2012, diagnostique dans son rapport médical sur formulaire du 19 mai 2012 un trouble anxieux et dépressif mixte (CIM-10: F41.2; existant probablement depuis 1999), un trouble mixte de la personnalité, à traits schizotypiques et borderline (depuis le début de l'âge adulte) et un possible trouble cognitif léger (CIM-10: F06.7; à évaluer). Le psychiatre décrit un tableau dépressif de degré faible à moyen, avec troubles du sommeil (difficultés d'endormissement et réveils nocturnes), humeur triste en permanence, anhédonie, adynamie et irritabilité. Il signale également des problèmes de concentration et de mémorisation, peut-être dus à une atteinte organique suite au coma intervenu en 2006 lors du choc septique sur rupture du bypass. Il ne constate pas de ralentissement psychomoteur, mais une humeur dépressive, des sentiments de vide, une vision très pessimiste de soi-même et de sa situation, une attitude méfiante et critique vis-à-vis de la société et des attitudes projectives. Au vu la durée des troubles et l'évolution jusqu'à aujourd'hui, le psychiatre estime un changement significatif peu probable. Une activité de bureau, administrative ou commerciale semble envisageable à raison de 50% selon lui, avec une diminution de rendement (dossier OAI p. 277 ss). Le médecin du SMR indique dans sa prise de position du 8 janvier 2013 que l'état de santé du point de vue somatique s'est amélioré et qu'il existe un potentiel de réinsertion du point de vue psychiatrique. Dès lors, il considère que des mesures professionnelles sont exigibles (dossier OAI p. 251). Dans son rapport médical sur formulaire du 9 décembre 2013, le psychiatre traitant retient que l'état de santé est stationnaire, avec toujours un trouble dépressif et anxieux et d'importantes fluctuations de l'humeur ainsi qu'un trouble de la personnalité borderline. Il note ce qui suit quant à la capacité de travail: "Une tentative d'entraînement à l'endurance a été mise en route, mais le patient a de la peine à tenir plus de 3 heures/j et a dû fréquemment s'absenter, pour des raisons de santé tant physique que psychique (douleurs, malaises, problèmes de santé intercurrents, difficulté de concentration, dépression, problèmes relationnels). Il souhaiterait pourtant avoir une activité, au moins à temps partiel" (dossier OAI p. 193 ss), mais se heurte à de multiples freins qui sont à mettre en lien avec son état psychique (dossier OAI p. 222). En février 2014, le psychiatre du SMR recommande un examen neuro-psychologique compte tenu de la possibilité d'un possible trouble cognitif léger (CIM-10: F06.7) évoqué par le psychiatre traitant (dossier OAI p. 184). L'expertise neuro-psychologique réalisée le 30 janvier 2015 par M. _____, psychologue spécialisée en neuro-psychologie FSP, relève pour l'essentiel ce qui suit: "Le tableau neuropsychologique se situe dans les normes pour l'ensemble des fonctions testées et n'apporte aucun élément en faveur d'une atteinte organique significative" pour en conclure que: "Du point de vue strictement neuropsychologique, la capacité de travail est entière. Les limitations sont d'ordre orthopédique et psychiatrique" (dossier OAI p. 162). Dans son rapport du 12 février 2015, le psychiatre du SMR considère le trouble anxieux et

dépressif mixte d'une intensité insuffisante pour être à l'origine d'une atteinte à la santé mentale. Il estime que le trouble mixte de la personnalité ne montre pas de signes de décompensation permanente pour être à l'origine d'une atteinte à la santé mentale. Enfin, vu que le possible trouble cognitif léger n'a pas été confirmé dans le cadre de l'expertise neuropsychologique du 30 janvier 2015, une activité adaptée de 100% est selon lui exigible (dossier OAI p. 150).

Tribunal cantonal TC Page 11 de 17 Dans son rapport médical sur formulaire du 20 octobre 2015, le psychiatre traitant décrit un état stationnaire, se fondant sur la dernière consultation en date du 25 août 2015. Il renvoie pour le reste à son rapport du 9 décembre 2013 et répète au sujet de la capacité de travail les mêmes propos qu'en 2013 en reprenant les constats déjà faits lors du programme d'entraînement (dossier OAI p. 139 ss). En janvier 2016, le médecin du SMR estime qu'une expertise psychiatrique est indiquée afin de pouvoir préciser les répercussions de l'atteinte à la santé, vu que l'entraînement à l'endurance au printemps 2013 avait échoué et que le psychiatre traitant décrivait dans son rapport une diminution importante de l'endurance et de la résistance (dossier OAI p. 127).

E. 3.3.3

Expertise psychiatrique Sur mandat de l'OAI, le Dr N._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a procédé à une expertise psychiatrie dont le rapport a été rendu le 19 décembre 2016 (dossier OAI p. 47 ss), se basant sur deux entretiens avec le recourant, un entretien téléphonique avec son psychiatre traitant ainsi que l'étude du dossier fourni par l'OAI. Par courriel du 5 novembre 2016, l'expert communique à l'OAI que certaines pièces médicales étaient manquantes, voire tronquées (dossier OAI p. 113). Dans son rapport, l'expert ne retient aucun diagnostic psychiatrique ayant une incidence sur la capacité de travail. Il diagnostique toutefois un trouble de la personnalité dyssociale comportant des traits histrioniques et narcissiques s'exprimant sur un mode passif-agressif (CIM-10: F60.2). S'agissant des répercussions du trouble diagnostiqué, l'expert relève pour l'essentiel ce qui suit: "Depuis l'attribution d'une rente, il s'est montré actif dans différents domaines d'une manière démontrant la modestie des limitations découlant du trouble que l'on peut diagnostiquer chez lui. Il a su investir ses qualités de ténacité et de persuasion pour obtenir une intervention de chirurgie bariatrique qui a été malheureusement suivie de complications graves. Le fait qu'elles aient guéri sans laisser de séquelles au plan psychologique parle pour un aspect résilient de sa personnalité. La manière qu'il a de les invoquer comme une raison supplémentaire pour ne pas travailler s'inscrit dans une stratégie bien rodée. Son trouble de la personnalité s'exprime essentiellement dans une difficulté à donner une direction constructive et prosociale à son existence, ce qui peut aussi s'accompagner d'une difficulté à investir à bon escient ses bonnes ressources au plan intellectuel, ses excellentes capacités de communication et de persuasion ainsi que la ténacité dont il est capable quand un projet lui tient à cœur. Il s'est par ailleurs installé dans une identité d'invalidé, organisant de façon peu constructive son existence en fonction d'un principe de moindre inconfort. La recherche d'une solution chirurgicale que A._____ a poursuivie avec les compétences et la ténacité qui peuvent être les siennes quand un projet lui tient à cœur paraît également s'inscrire dans la logique d'une attitude exigeante, d'un besoin que le monde s'adapte à ses attentes et d'une difficulté à envisager l'inverse" (dossier OAI p. 88, 91). Quant à l'évolution de l'état de santé, l'expert retient sans équivoque: "En résumé, l'expertisé a cherché dès le début de l'âge adulte à justifier un écart croissant entre le statut auquel il aspire et ce qu'il a pu réaliser concrètement dans sa vie par des problèmes de santé physique en relation avec

un handicap congénital qui ne semble pas avoir interféré de façon importante avec son fonctionnement professionnel jusqu'au moment où il a connu une longue période de chômage. Quand les mesures de réinsertion qui avaient pris le relais des prestations de chômage ont abouti à une impasse, il a réagi en produisant des manifestations de détresse qui ont abouti à une psychiatrisation de sa situation et à l'attribution en quelques mois d'une rente entière d'invalidé alors même qu'il n'avait jamais présenté de symptômes dépressifs plus graves que ceux justifiant

Tribunal cantonal TC Page 12 de 17 un diagnostic par définition banal de trouble anxieux et dépressif mixte. Un diagnostic de trouble de la personnalité avait également été posé, d'une façon apparaissant rétrospectivement comme incorrecte dans la mesure où, s'il y a effectivement chez A._____ un trouble de la personnalité, il ne s'agit pas d'un trouble de la personnalité émotionnellement labile et il ne comporte pas de composante schizotypique" (dossier OAI p. 91). L'expert précise les raisons pour lesquelles il écarte ce diagnostic comme suit: "Ni dans mon observation ni dans la vaste documentation à disposition je n'ai discerné d'élément permettant de retenir la notion d'un trouble schizotypique qui est caractérisé selon la CIM-10 par un comportement excentrique et des anomalies de la pensée et des affects, ressemblant à celles de la schizophrénie sans que le sujet ne présente jamais de symptômes manifestes de schizophrénie [...] Ce sont sans doute les plaintes de l'expertisé à propos de son handicap physique (pied bot) et de particularités anatomiques au plan génital qu'il a voulu présenter comme une «malformation» qui ont pu amener à retenir la notion de ruminations obsessionnelles à contenu dysmorphophobique. S'il y a eu en l'occurrence [une] disproportion entre l'ampleur réelle du trouble et les préoccupations exprimées, ce n'est pas tant en raison d'une anomalie de la perception de soi mais bien plus tôt en raison de la tendance marquée de A._____ à invoquer des problèmes physiques pour expliquer et justifier la discordance entre la haute idée qu'il a de lui-même et la modestie de ce qu'il a réussi à réaliser concrètement dans sa vie" (dossier OAI p. 85). Ces constats ont conduit l'expert à écarter le diagnostic du trouble de la personnalité schizoïde – se manifestant sous forme de peur d'une dysmorphie corporelle. L'expert expose en sus que "la nature et l'intensité des émotions peuvent fluctuer brusquement sur un mode qui n'a pas le caractère réactionnel que l'on observe chez les personnalités émotionnellement labiles mais un aspect typiquement instrumenté" (dossier OAI p. 84) pour écarter le trouble de la personnalité émotionnellement labile, dont le type borderline représente un des deux sous-types distingués (cf. CIM-10: F60.3). Tenant compte du tableau clinique observé, l'expert ne retient pas non plus le diagnostic de trouble anxieux et dépressif mixte (CIM-10: F41.2) (dossier OAI p. 97). A ce sujet, il évoque que "ce n'est qu'en réponse à une question explicite que l'expertisé évoque des symptômes dépressifs sur un ton détaché, comme s'il récitait une liste apprise par cœur" (dossier OAI p. 77). "A._____ est capable de plaisanter sur un mode détendu, il fait preuve d'esprit d'à propos et paraît visiblement satisfait de lui-même quand il a réussi à placer un bon mot ou à marquer un point dans l'échange. Il est capable de sourire et il lui arrive de rire. Il n'y a pas d'inhibition psychomotrice, l'élan vital est conservé et l'expertisé a manifestement une haute idée de lui-même. Il n'y a pas d'idées de culpabilité ni d'idées de ruine du registre dépressif" (dossier OAI p. 81). Avec les psychiatres de E._____, l'expert admet que le bypass gastrique a mis fin au comportement d'hyperphagie (boulimique) diagnostiqué auparavant ainsi qu'aux troubles liés à l'alcool. Pour vérifier ce dernier élément, l'expert a fait contrôler le dosage de la CDT qui s'est avéré dans la norme (0,7%) (dossier OAI p. 62, 74, 88). Au vu de l'ensemble de l'évolution, l'expert tire la conclusion suivante: "Aucun élément dans le

dossier ne permet de conclure que l'expertisé aurait présenté à un moment ou un autre de son évolution un trouble psychiatrique justifiant une incapacité de travail durable" (dossier OAI p. 95). S'agissant du traitement à envisager, l'expert dresse le bilan suivant:

"A. _____ a su au fil de ses contacts avec le monde de la psychiatrie se soustraire à toute forme de thérapie un tant soit peu contraignante. Il bénéficie aujourd'hui d'un soutien à intervalles espacés, sans prescription médicamenteuse. Dans la mesure où le traitement d'un trouble de la personnalité comme le sien reste extrêmement difficile [à traiter] chez des sujets ne critiquant en rien l'aspect inapproprié des stratégies existentielles qu'ils mettent en œuvre et n'ayant pas de motivation à un changement, une prise en charge plus intensive n'apporterait aucun bénéfice. Il n'y a pas non plus d'argument,

Tribunal cantonal TC Page 13 de 17 chez un homme ne présentant pas de signes de dépression ni de labilité émotionnelle, pour la prescription d'une médication psychotrope" (dossier OAI p. 93). Concernant les plaintes exprimées par le recourant, l'expert met en évidence d'importantes divergences et incohérences, reflétées également dans le résultat de l'examen neuropsychologique (dossier OAI p. 94). Il évoque notamment "une propension à l'amplification des symptômes, à la production instrumentée de manifestations de détresse ou de dysfonction. Se poser en personne handicapée et traitée de façon injuste paraît être devenu pour lui, depuis de longues années, une stratégie existentielle et cet aspect a sans doute joué et joue encore un rôle dans l'évolution" (dossier OAI p. 90). Les capacités fonctionnelles n'étant pratiquement pas diminuées par le type de trouble psychique, l'expert expose néanmoins que "des facteurs socio-culturels en relation avec la dynamique familiale notamment ont pu et peuvent jouer un rôle dans les difficultés d'adaptation qu'il a rencontrées" (dossier OAI p. 90). Enfin, l'expert atteste une capacité de travail entière de suite, sans diminution de rendement en estimant qu'est exigible toute activité "pour laquelle ses problèmes orthopédiques et gastro-intestinaux ne représenteraient pas un obstacle. Si sa profession apprise de mécanicien sur automobiles n'était plus exigible, une activité de vendeur de voitures ou de représentant dans le domaine de l'automobile paraîtrait (pour autant qu'elle ne soit pas contre-indiquée du point de vue somatique) appropriée et pourrait être exercée à plein temps (huit heures par jour)" (dossier OAI p. 96).

E. 4

Appelée à statuer, la Cour de céans estime que la cause est suffisamment instruite pour lui permettre de trancher le présent litige.

E. 4.1

S'agissant des atteintes somatiques, il convient de constater que les avis médicaux contenus dans le dossier sont concordants, aussi bien au niveau des diagnostics posés que quant à leur influence sur la capacité de travail. En effet, bien que le recourant ne soit plus en mesure d'exercer son métier de mécanicien ou de poseur de plafonds en raison des répercussions dues à son pied-bot et qu'il ait connu des complications graves suite à la pose du bypass gastrique, aucun spécialiste ne lui atteste d'incapacité de travail à long terme dans une activité adaptée.

E. 4.2

En ce qui concerne les troubles psychiques, les avis des spécialistes divergent aussi bien dans les diagnostics que dans l'estimation de la capacité de travail.

E. 4.2.1

S'agissant des diagnostics, E. _____ a retenu d'abord, en 2002, un trouble anxieux et dépressif mixte (CIM-10: F41.1) ainsi qu'un trouble de la personnalité émotionnellement labile de type borderline (CIM-10: F60.31) pour diagnostiquer dès 2008 en plus un syndrome douloureux chronique, une dysmorphie corporelle (CIM-10: F45.2), une hyperphagie boulimique (CIM-10: F50.4) et un trouble de la personnalité à traits schizotypiques et borderline (CIM-10: F61). A noter que certains troubles se sont améliorés suite à la pose du bypass gastrique en 2006. Ainsi, le médecin du SMR a retenu en 2008 "une meilleure valorisation de son image corporelle et une diminution de ses douleurs mécaniques de surcharge" (cf. supra considérant 3.3.2; dossier OAI p. 348). Dès 2012, le psychiatre traitant a posé les diagnostics de trouble anxieux et dépressif mixte (CIM-10: F41.2), de trouble mixte de la personnalité à traits schizotypiques et borderline et de possible trouble cognitif léger (CIM-10: F06.7). En 2015, le psychiatre du SMR n'a pas considéré

Tribunal cantonal TC Page 14 de 17 les deux premiers troubles comme étant invalidants et vu que l'examen neuropsychologique a permis d'écarter le dernier, il a conclu à une pleine capacité de travail. Enfin, en 2016, l'expert- psychiatre a posé le diagnostic de trouble de la personnalité dyssociale comportant des traits histrioniques et narcissiques s'exprimant sur un mode passif-agressif (CIM-10: F60.2) mais n'a retenu aucune incidence sur la capacité de travail. Face à ces diagnostics psychiatriques divergents, il sied de rappeler que le recourant a interrompu, voire arrêté les consultations psychiatriques à plusieurs reprises. Ainsi, seul le psychiatre traitant l'a suivi dès 2012 de manière prolongée. Or, c'est seulement l'analyse méticuleuse du dossier médical entreprise dans le cadre de l'expertise qui a permis de poser une vue d'ensemble sur l'évolution au cours des années. Sur la base d'une anamnèse détaillée, l'expert a exposé les différents enjeux en présence et l'existence de blessures remontant à l'enfance et à l'adolescence, lesquelles ont conditionné le développement de la personnalité de l'assuré et influencé son parcours de vie. Le rapport d'expertise, rédigé avec la plus grande diligence, a remis le comportement de l'assuré dans son contexte, tout en faisant le lien entre les plaintes exprimées et les diagnostics posés au fil des années. Ceci dit, l'expert n'omet pas d'aborder les avis médicaux divergents figurant au dossier; il expose également les raisons pour lesquelles il les écarte. Dès lors, il sied d'admettre, avec le médecin du SMR, que "l'analyse de l'expertise psychiatrique montre des informations très détaillées sur son histoire personnelle, ses plaintes et ses diagnostics, elle est médicalement cohérente et décrit précisément la situation psychique de cet assuré" (prise de position du 16 janvier 2017, dossier OAI p. 42 s.). Vu que le tableau dressé par l'expert-psychiatre est tout à fait convaincant, ses conclusions relatives aux diagnostics retenus emportent largement la conviction de la Cour.

E. 4.2.2

Concernant sa capacité de travail, l'expert a décrit la portée des limitations découlant du trouble de la personnalité dyssociale, tout en admettant une pleine capacité de travail sans diminution de rendement. Il affirme, en sus, qu'aucun élément dans le dossier ne permet de conclure à un trouble psychiatrique justifiant une incapacité de travail durable. Toutefois, à l'exception du psychiatre du SMR, les autres avis psychiatriques figurant au dossier n'attestent pas d'une pleine capacité de travail. Il sied d'emblée d'écarter l'estimation faite lors du traitement à E. _____, vu le suivi irrégulier et les diagnostics révolus suite au bypass gastrique, voire écartés par l'expert-psychiatre. S'agissant du psychiatre traitant, il faut noter que ce dernier a admis en 2012 une capacité de travail de 50% dans une activité

adaptée avec diminution de rendement. Or, il est déterminant en l'espèce de relever qu'il s'est abstenu de toute estimation par la suite en raison de l'échec du stage d'entraînement en 2013. Le rapport de stage du 9 octobre 2013 retient, pour l'essentiel, ce qui suit: "En début de mesure l'assuré n'a participé à aucun atelier, puis il a commencé par l'atelier Outlook suivi des ateliers Word et Power Point mais toujours irrégulièrement. Vu son faible taux d'activité il ne pouvait pas suivre plusieurs ateliers à la fois [...] Malgré la stagnation du taux d'activité nous n'avons pas observé des signes extérieurs de fatigue, d'épuisement ou une réaction quelconque due à son activité à O._____. La durée de ses présences semblent relever d'un choix personnel" (dossier OAI p. 200 ss). Les observations à O._____ ne s'expliquent donc pas d'un point de vue psychiatrique, comme l'a affirmé le psychiatre du SMR en février 2014, (cf. dossier OAI p. 150). Au vu de tous ces éléments, on constate qu'il n'y a pas d'avis psychiatriques dans le dossier soutenant de manière pertinente une quelconque incapacité de travail. Il s'impose dès lors de suivre l'avis de l'expert-psychiatre qui a retenu une pleine capacité de travail. Vu les circonstances Tribunal cantonal TC Page 15 de 17 en l'espèce, notamment l'absence d'avis contradictoires pertinents, aucun examen fondé sur une grille d'évaluation normative et structurée ne s'impose en l'occurrence (cf. considérant 2.2.).

E. 4.3

Tout bien considéré, la Cour se rallie à l'opinion de l'OAI, selon qui l'état de santé du recourant a connu une évolution favorable, laquelle permet de retenir désormais une capacité de travail entière sans diminution de rendement. A l'évidence, l'octroi d'une rente en 2002 est intervenu dans le cadre d'une crise passagère, liée à un contexte ponctuel. Cet état de crise a été par ailleurs évoqué à l'époque par le médecin de famille mentionnant l'urgence de la situation. L'OAI s'est alors basé sur un dossier médical particulièrement maigre, composé de quelques brefs rapports des médecins traitants pour octroyer la rente (cf. considérant 3.1.), ce qui a également été le cas lors de la dernière communication confirmant le droit à la rente le 19 août 2004 (cf. considérant 3.2.). Manifestement, la pose du bypass en 2006, une fois ses complications résorbées, a eu un effet bénéfique sur les problèmes rencontrés par le recourant et a contribué à l'amélioration de la symptomatologie.

E. 5

Au vu de ce qui précède, l'OAI était fondé à retenir, sur la base de ladite expertise, que le recourant dispose à nouveau d'une pleine capacité de travail, notamment en tant que vendeur dans le secteur automobiles.

E. 5.1

Pour déterminer le taux d'invalidité, l'OAI s'est basé sur un salaire de valide réalisé pour l'activité de monteur en faux plafonds de CHF 72'696.-, ce que le recourant ne conteste pas. Il s'oppose, par contre, au revenu d'invalidité retenu par l'OAI, faisant valoir qu'il ne dispose pas d'expérience ni de références pour exercer ce métier. En l'espèce, l'OAI a fait à juste titre référence à l'Enquête suisse sur la structure des salaires 2014 pour déterminer le salaire d'invalidité. Comme cette enquête comprend un large éventail d'activités, on peut admettre qu'un nombre significatif d'entre elles est adapté aux aptitudes du recourant dans un marché du travail équilibré (cf. arrêt TF I 312/04 du 28 juillet 2005 consid. 3.2.1). Cela dit, il sied d'apporter quelques modifications au calcul opéré par l'OAI. En se basant sur le total pour hommes pour le niveau 1, il y a lieu de retenir un salaire mensuel brut de CHF 5'312.- (tableau TA1_tirage_skill_level, total, niveau 1, homme), qui s'élève pour la durée usuelle

hebdomadaire de 41,6 heures à CHF 5'524.50, soit CHF 66'294.- par année (CHF 5'524.50 x 12). Indexé à raison de 0.3 % (2015), de 0.7 % (2016) et de 0.4 % (2017), le salaire d'invalidé annuel est de CHF 67'226.-. Lors de la comparaison avec le salaire de valide, il en résulte un taux d'invalidité de 7,5%, ce qui est loin du seuil de 40% ouvrant le droit à une rente.

E. 5.2

Enfin, il ne s'impose pas d'examiner si le recourant peut prétendre à des mesures de réadaptation puisqu'il ne remplit pas les critères y relatifs (cf. considérant 2.4.). Bien qu'il s'agisse d'un cas limite, vu le versement de la rente durant 14 ans et 10 mois, avoisinant le seuil de 15 ans, il n'y a pas lieu d'envisager d'assistance à la réinsertion sur le marché du travail. vu l'avis dépourvu d'ambivalence de l'expert à ce sujet: "L'expertisé semble avoir coopéré aux mesures de réadaptation tant et aussi longtemps qu'elles n'ont pas exigé de sa part trop d'efforts. Par la suite, il paraît avoir - comme il l'a fait dans d'autres contextes - multiplié les excuses pour s'y soustraire. Par conséquent, il n'y a pas lieu, en l'espèce, de passer par ces mesures de réadaptation" (dossier OAI p. 94). A cela s'ajoute que le recourant est encore relativement jeune et dispose, à part de sa formation initiale, de l'expérience professionnelle dans divers domaines. Il est en outre titulaire d'une patente de cafetier-restaurateur.

Tribunal cantonal TC Page 16 de 17

E. 5.3

La date de la suppression de la rente au 30 avril 2017, qui semble également contestée par le recourant, correspond aux dispositions légales en vigueur (art. 88bis al. 2 let. a RAI).

E. 6

Au vu de ce qui précède, la Cour de céans confirme la décision de suppression de la rente au 30 avril 2017 sur la base d'un taux d'invalidité de 7.5%. Sans remettre en cause l'existence des diverses atteintes à la santé du recourant, force est de constater qu'elles ne présentent plus un degré de gravité suffisant pour le versement d'une rente. Le recours doit dès lors être rejeté et la décision attaquée confirmée.

E. 7

Le recourant a requis le bénéfice de l'assistance judiciaire gratuite partielle (608 2017 82). Selon l'art. 61 let. f, 2ème phr. LPGA, lorsque les circonstances le justifient, l'assistance judiciaire gratuite est accordée. Aux termes de l'art. 142 du code cantonal du 23 mai 1991 de procédure et de juridiction administrative (CPJA; RSF 150.1), a droit à l'assistance judiciaire la partie qui ne dispose pas des 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). L'assistance est retirée lorsque les conditions de son octroi disparaissent en cours de procédure (al. 3). Sur la question des chances de succès du recours, la jurisprudence retient que les conclusions paraissent vouées à l'échec lorsqu'une partie, disposant des moyens nécessaires, ne prendrait pas le risque, après mûre réflexion, d'engager un procès ou de le continuer (arrêt TF 8C_1015/2009 du 28 mai 2010 consid. 2; ATF 129 I 129 consid. 2.3.1; 128 I 225 consid. 2.5.3). En l'occurrence, il n'était pas possible d'affirmer, sur la base d'un examen sommaire du dossier, que le recours paraissait d'emblée voué à l'échec pour un plaideur raisonnable, dans la mesure où seule une analyse détaillée

des pièces figurant au dossier a permis de sceller son sort. S'agissant de sa situation financière, est déterminant en l'espèce le fait que le recourant touche de l'aide sociale et bénéficie des subsides cantonaux pour ses primes de l'assurance-maladie. Ces éléments suffisent pour établir que la condition de l'indigence est remplie. En conséquence, il convient de mettre le recourant au bénéfice de l'assistance judiciaire partielle dans le cadre de la procédure de recours (608 2017 73) et de le dispenser du paiement des frais de procédure.

E. 8

La procédure n'étant pas gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), les frais de justice, par CHF 800.-, sont mis à la charge du recourant qui succombe. Ils ne sont toutefois pas prélevés, ce dernier étant au bénéfice de l'assistance judiciaire gratuite partielle. Le recourant ayant succombé et sans représentation professionnelle n'a pas droit à des dépens. De même, l'OAI en tant qu'autorité intimée n'a pas droit à des dépens non plus (cf. art. 61 let. g LPGA).

Tribunal cantonal TC Page 17 de 17 la Cour arrête : I. Le recours (608 2017 73) est rejeté. II. La requête d'assistance judiciaire partielle (608 2017 82) est admise. III. Les frais de procédure, par CHF 800.-, sont mis à la charge de A._____. Ils ne sont toutefois pas prélevés en raison de l'assistance judiciaire gratuite partielle qui lui est accordée. IV. Il n'est pas alloué de dépens. V. Notification. Un recours en matière de droit public peut être déposé auprès du Tribunal fédéral contre le présent jugement dans un délai de 30 jours dès sa notification. Ce délai ne peut pas être prolongé. Le mémoire de recours sera adressé, en trois exemplaires, au Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne. Il doit indiquer les conclusions, les motifs et les moyens de preuve et être signé. Les motifs doivent exposer succinctement en quoi le jugement attaqué viole le droit. Les moyens de preuve en possession du (de la) recourant(e) doivent être joints au mémoire de même qu'une copie du jugement, avec l'enveloppe qui le contenait. La procédure devant le Tribunal fédéral n'est en principe pas gratuite. Fribourg, le 27 août 2018/asp Le Président : La Greffière :

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