

FR_GERICHTE 608 2018 194 vom 11. März 2019

FR Kantonsgericht, 2019-03-11, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_608_2018_194

FR: FR_GERICHTE 608 2018 194 du 11 mars 2019

IT: FR_GERICHTE 608 2018 194 del 11 marzo 2019

Regeste

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

Erwägungen

E. 1

Le recours est recevable. Il a été interjeté en temps utile – compte tenu des fêtes du 15 juillet au 15 août – et dans les formes légales auprès de l'autorité judiciaire compétente à raison du lieu ainsi que de la matière. Le recourant est en outre directement atteint par la décision querellée et a dès lors un intérêt digne de protection à ce qu'elle soit, cas échéant, annulée ou modifiée.

E. 2.1

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. 2.2

Les atteintes à la santé psychique – y compris les troubles somatoformes douloureux persistants ou fibromyalgie – peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA (art. 7 al. 2 2ème phrase LPGA; ATF 141 V 281 consid. 3.7.1; 102 V 165; VSI 2001 p. 223 consid. 2b et les références citées; cf. également ATF 127 V 294 consid. 4c i. f.). La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose 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). Etendant la pratique relative aux douleurs de nature somatoforme à l'ensemble des troubles d'ordre psychique (cf. ATF 143 V 409), la Haute Cour a souligné que l'analyse doit tenir compte des facteurs excluant la valeur invalidante de ces diagnostics (ATF 141 V 281 consid. 2.2, 2.2.1 et

Tribunal cantonal TC Page 4 de 16 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 doit mieux prendre en considération le fait qu'un diagnostic présuppose un certain degré de gravité. Le déroulement et l'issue des traitements thérapeutiques et des mesures de réadaptation professionnelle fournissent également des conclusions sur les conséquences de l'affection psychosomatique. Il convient également de bien 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. Jouent 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.

E. 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 propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision. La rente peut ainsi être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain (ou d'exercer ses travaux habituels) ont subi un changement important (ATF 109 V 108 consid. 3b; 107 V 219 consid. 2; 105 V 29 et les références; VSI 1996 p. 188 consid. 2d). Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient lorsque la décision initiale de rente a été rendue avec les circonstances régnant à l'époque du prononcé de la décision litigieuse (ATF 130 V 351 consid. 3.5.2; 125 V 369 consid. 2 et la référence; voir également ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). Le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une révision correspond à la dernière décision qui repose sur un examen matériel du droit à la rente, avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit (ATF 133 V 108 consid. 5.4). Une communication, au sens de l'art. 74ter let. f RAI, a valeur de base de comparaison dans le temps si elle résulte d'un examen matériel du droit à la rente (cf. arrêts TF 9C_46/2009 du 14 août 2009 consid. 3.1 in SVR 2010 IV n° 4; 9C_910/2010 du 7 juillet 2011 consid. 3.2 a contrario).

Tribunal cantonal TC Page 5 de 16

E. 4.1

Dans le droit des assurances sociales, la règle du degré de vraisemblance prépondérante est généralement appliquée. Dans ce domaine, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou

envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 353 consid. 5b; 125 V 193 consid. 2 et les références citées; arrêt TF 8C_704/2007 du 9 avril 2008 consid. 2; ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a). Si, malgré les moyens mis en œuvre d'office par le juge pour établir la vérité du fait allégué par une partie, conformément au principe inquisitoire, ou par les parties selon le principe de leur obligation de collaborer, la preuve de ce fait ne peut être rapportée avec une vraisemblance prépondérante pour emporter la conviction du tribunal, c'est à la partie qui entendait en déduire un droit d'en supporter les conséquences (DTA 1996-1997 n°17 consid. 2a; 1991 n°11 et 100 consid. 1b; 1990 n°12 consid. 1b et les arrêts cités; ATF 115 V 113 consid. 3d/bb). Dans cette mesure, en droit des assurances sociales, le fardeau de la preuve n'est pas subjectif, mais objectif (RCC 1984 p. 128 consid. 1b).

E. 4.2

Pour statuer, 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). 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. 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). 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 outre, l'on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou un juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire (arrêt TF 9C_201/2007 du 29 janvier 2008). 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).

Tribunal cantonal TC Page 6 de 16

E. 5

En l'espèce, le litige porte sur la question de savoir si l'état de santé du recourant s'est amélioré au point de justifier la réduction de son droit aux prestations AI, respectivement si la mise sur pied d'un complément d'expertise est nécessaire. La décision du 16 avril 2007 constitue le point de départ temporel. Il s'agit en effet de la seule décision entrée en force qui repose sur un examen matériel du droit à la rente. Tel n'est, par contre, pas le cas des

communications du 10 mars 2009 et du 1er octobre 2013, lesquelles se contentaient de constater que le degré d'invalidité n'avait pas changé sur la base du seul rapport du médecin traitant, sans procéder à une nouvelle comparaison des revenus. Dans sa décision initiale, l'OAI C._____ retenait que l'assuré présentait une incapacité de travail de 100% dans l'activité antérieure et que seule une activité en milieu protégé était exigible à un taux de 30% (dossier OAI, p. 178 et 187). A l'époque, la Dresse F._____, généraliste, du SMR, se référait à l'appréciation de l'expert mandaté par l'assurance perte de gain maladie, le Dr G._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et à celle du psychiatre traitant de l'assuré, le Dr H._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie (rapports du 12 mai 2005 et du 24 juillet 2006; dossier OAI, p. 135 et 152). Le Dr G._____ estimait ne pas être en mesure de se prononcer sur le temps de présence raisonnablement exigible et, à la question du rendement exigible, répondait ne pas savoir. Tout au plus, indiquait-il que, "à l'examen clinique, [l'assuré] paraît[ssait] en pleine possession de toutes ses facultés mentales mais fai[sait] état d'une souffrance psychique qui, à son avis, le rend invalide" (rapport du 14 juin 2006, dossier OAI, p. 141). L'expertise n'attestait dès lors que de l'incapacité de travail dont se plaignait l'exploré. Par contre, dans ses rapports médicaux, le Dr H._____ diagnostiquait un "trouble de l'adaptation avec prédominance de la perturbation d'autres émotions" ainsi qu'une "personnalité émotionnellement labile type borderline". S'il attestait d'une incapacité de travail totale dans l'ancienne activité, il estimait qu'il restait une capacité de travail résiduelle ne dépassant pas 50% dans un "milieu relativement protégé" (dossier OAI, p. 103, 119, 124, 129). Ces conclusions se référaient aux résultats d'une mesure au sein du programme I._____ du 22 novembre 2004 au 15 juillet 2005, prise en charge par l'assurance-chômage. Les responsables soulignaient alors que le recourant "ne sembl[ait] pas apte pour un emploi à 100%. Il a[avait] effectivement terminé la mesure à 50%, et cela était le maximum pour lui. Or, I._____ est un milieu avec des exigences de respect des règles de base d'une entreprise, ce à quoi [l'assuré] est tout à fait à même de répondre, mais avec une exigence de rendement adaptée à sa situation. I._____ peut être, dans sa situation, assimilé à un lieu de travail protégé. Dès lors, il nous semble qu'actuellement, [l'assuré] n'est pas à même de satisfaire les exigences d'un emploi, même à 50%" (dossier OAI, p. 110 et 118).

E. 6

Sur le vu de ce qui précède, il convient d'examiner si l'état de santé du recourant a évolué au point d'impacter sa capacité de gain.

E. 6.1

Dans sa décision du 18 juin 2018, l'OAI se réfère aux conclusions du Dr E._____ qui a rendu un rapport d'expertise le 12 août 2017 et un complément d'expertise le 5 juin 2018.

Tribunal cantonal TC Page 7 de 16 Il diagnostique des "troubles mixtes la personnalité avec éléments de personnalité émotionnellement labile, anxieuse, paranoïaque et dépendante (F61.0)", présents depuis sa jeunesse, ainsi qu'un "état anxieux avec forte anxiété somatique de moyenne intensité (F41.1)", présent depuis 2001. Il considère qu'il n'existe "plus aucune capacité [de travail] en tant que conseiller en personnel et dans toutes les activités nécessitant des interactions complexes avec autrui". Par contre, depuis 2009-2010, il fixe la capacité de travail à 50% dans une activité adaptée. Il définit cette activité comme une activité "qui approche la formation initiale de l'assuré, en tant que mécanicien (dans le sens large du terme) ou auxiliaire dans une activité pratique", mettant en évidence l'importance

qu'il y ait "peu d'interactions avec autrui, [un] gradient hiérarchique faible et [un] niveau de stress faible" (dossier OAI, p. 276). Dans son complément, l'expert précise toutefois qu'il serait possible de "déterminer l'exigibilité professionnelle d'une manière plus modeste" dès lors qu'il lui semble évident que "l'assuré aurait des difficultés de se mettre à niveau d'un métier qualifié", même en dehors de l'opposition de l'assuré et de ses visions subjectives. Il maintient donc une exigibilité de 50% mais dans une activité non qualifiée, estimant que "l'assuré a ici suffisamment de ressources comme mentionné pour trouver des formules à la carte et à sa guise" (dossier OAI, p. 373). L'expert se fonde sur l'étude du dossier assécurologique qu'il a complété par différents autres documents médicaux transmis par d'anciens médecins. Il a également rencontré l'assuré à l'occasion de deux entretiens – dont un a été réalisé à la demande de l'assuré – et s'est entretenu avec celui-ci par téléphone. A ces différentes occasions, ainsi que par le biais d'un courrier, l'assuré a pu décrire ses difficultés et ses troubles à l'expert. En particulier, il a fait état de réactions somatiques aux situations de stress (notamment des pertes d'équilibre, des céphalées, des diarrhées, des nausées avec vomissement et des troubles du sommeil) et a précisé qu'il évitait toute "situation qui pourrait provoquer une déstabilisation". Il a également détaillé sa sensibilité "extrême, inconnue pour la plupart des gens", souvent incomprise. Pour sa part, lors des deux entretiens, l'expert a pu compléter ses examens par un questionnaire autoévaluation et la passation d'autres échelles d'hétéro-évaluation. De manière générale (cf. ég. consid. 6.3 ci-après), la Cour constate que l'expert a procédé à une anamnèse complète et a été bien en mesure de comprendre la situation historique et actuelle tant sur les plans médicaux, sociaux qu'économiques, tous décrits de manière détaillée. En outre, il a pu procéder à des examens complets et a dûment pris en compte les plaintes (spontanées ou orientées) du recourant. Le Dr E. _____ motive de manière détaillée et convaincante ses conclusions. Sur le plan diagnostic, prenant en considération le fait que "l'assuré [...] craint pour le maintien de sa rente" qu'il "a mobilisé énormément d'énergie et d'arguments pour convaincre son interlocuteur de ses atteintes", il constate néanmoins qu'il existe "effectivement une perturbation de fond de personnalité". Il diagnostique dès lors un "trouble mixte de personnalité", en présence d'aspects anxieux, quelques éléments d'une personnalité paranoïaque et des aspects de dépendance. Quant à l'estimation de la capacité de travail, il constate d'un côté l'existence de freins à une réinsertion tels que l'absence presque complète de réseau social (y compris familial), un "enkystement de personnalité". Cependant, de l'autre côté, il relève l'existence de ressources rendant exigible l'exercice d'une activité à temps partiel. En particulier, il cite le fait que l'assuré est demeuré relativement actif depuis l'octroi de la rente. Il évoque aussi l'existence de nombreux loisirs – ce dont témoignent, par exemple, ses voyages et pèlerinages, ses différentes activités sur internet ainsi que son intérêt pour les balades, le jardinage et la moto –, son autonomie dans les activités domestiques et financières (lui permettant d'acheter et de faire rénover une nouvelle

Tribunal cantonal TC Page 8 de 16 résidence) et l'absence de suivi sur le plan psychiatrique depuis septembre 2009 (étant précisé qu'un suivi a été repris fin 2017 sur injonction de l'OAI; cf. courrier du 28 août 2017, dossier OAI, p. 321). C'est donc après un raisonnement convaincant et compatible avec les pièces du dossier qu'il conclut à une capacité résiduelle de travail dans une activité adaptée. Partant, la Cour doit reconnaître à l'expertise du Dr E. _____ une pleine force probante sur le plan formel.

E. 6.2

A l'instar du Dr E._____, le psychiatre traitant, le Dr H._____, retient le diagnostic de trouble mixte de la personnalité, avec un trouble de l'adaptation et réaction mixte anxieuse et dépressive. Par contre, son évaluation de la capacité de travail diffère de celle de l'expert. Il atteste que les problèmes relationnels, l'hypersensibilité, la labilité de l'humeur et l'atmosphère persécutoire ressentie empêchent son patient d'exercer une activité professionnelle. S'il admet l'existence d'une amélioration de la symptomatologie, celle-ci est à mettre en lien avec l'octroi de la rente en 2006, lequel a permis d'éviter "des situations trop confrontantes". Selon lui, mettre en place des mesures "risqueraient plutôt d'aggraver l'équilibre psychique précaire [de son patient] et pourrait mettre en péril son autonomie et ses défenses mises en place pour éviter une décompensation plus conséquente, anxio-dépressive ou psychotique" (rapports du 12 octobre 2012 et du 27 février 2018, dossier OAI, p. 227; cf. ég. p. 253). Cependant, l'on ne saurait ignorer que les conclusions du psychiatre traitant sont, de manière non négligeable, fondées sur les dires de son patient, partant du principe que celui-ci a un "discours cohérent, [est] soucieux des détails [et veut] être bien compris". Or, une certaine majoration des symptômes est évoquée par l'expert, notamment en lien avec la procédure de révision de la rente. Le médecin traitant admet par ailleurs que "la situation d'incertitude autour de la poursuite de sa rente invalidité devient une source de perturbation considérable", étant à ce stade rappelé qu'il n'appartient pas à l'assurance-invalidité de prendre à sa charge des limitations de la capacité de travail en lien avec la situation socio-économique. On constate que le patient n'a plus été suivi sur le plan psychiatrique entre septembre 2009 et septembre 2017. Durant cette période, seul un entretien de contrôle a eu lieu en 2012 (trois sessions selon l'assuré), mais celui-ci s'est fait dans le cadre d'un rapport à transmettre à l'assurance-invalidité. Il n'a pas été mis sur pied à la demande de l'assuré. Le suivi a été repris en 2017, à nouveau non par nécessité, mais sur injonction de l'assurance-invalidité qui l'avait informé de son obligation de suivre un traitement et de faire parvenir des preuves de suivi mensuelles, faute de quoi ses prestations pourraient être réduites ou supprimées (courrier du 28 août 2017, dossier OAI, p. 321). L'absence de tout suivi médical pendant plus de huit ans ne plaide pas en faveur de l'existence d'un trouble totalement invalidant. Enfin, il convient de rappeler que, de jurisprudence constante, 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 (cf. consid. 4.2 ci-avant). Dans ces circonstances, les conclusions de l'expert-psychiatre ne sont pas mises en cause par les rapports médicaux du Dr H._____.

Tribunal cantonal TC Page 9 de 16

E. 6.3

Tant dans ses écritures que par le biais d'annotations manuscrites directement apposées dans l'expertise, l'assuré met en cause l'expertise du Dr E._____. Ses critiques sont d'abord en lien avec l'anamnèse. L'on relève, notamment, des remarques concernant la profession de son frère (p. 3 expertise annotée), son parcours professionnel (p. 4 et 20), l'activité auprès de I._____ (p. 5, 12 et 21), la rénovation d'un chalet (p. 7), plusieurs projets et activité à J._____ (p. 7, 9, 21 et 22), le nombre de ses voyages et loisirs (p. 9, 13, 14, 21 et 24; estimant que l'expression "beaucoup de voyages" est "beaucoup trop fort[e]"), la qualité de son sommeil (p. 9, celui-ci étant bon sauf lorsqu'il est "en équilibre, troublé quand stress") ou ses consultations chez le Dr H._____ en 2012 (p. 13, trois rendez-vous et non un seul en 2012) (cf. bordereau recours, pièce 7). Cela étant, l'on peine à comprendre en quoi les

imprécisions relevées par le recourant auraient une réelle incidence sur les conclusions de l'expert. En effet, certaines semblent correspondre à un manque de détail propre à l'acte de résumer (par exemple: retenir que l'assuré a fait "beaucoup de voyages", qu'il a participé à une activité de "50% dans un programme de découverte/participation", que son sommeil est "plutôt bon" ou qu'il ait "terminé la mesure à 50%, ce qui était un maximum pour lui"). D'autres peuvent être comparées à des coquilles typographiques (par exemple: la profession de son frère) ou sont liées à des changements de projets dont l'expert ne pouvait pas être informé (par exemple: l'abandon des projets de s'installer à J._____ et de participer à un autre stage de type "découverte/participation"). L'existence de ce type d'imprécisions n'est pas propre à remettre en cause les conclusions de l'expert. Au contraire, ainsi qu'il a été relevé ci-avant, l'expert a procédé à une anamnèse complète et a été bien en mesure de comprendre la situation de l'exploré. Le recourant conteste également l'appréciation de l'expert en lien avec ses ressources et, en particulier le fait qu'il ait été considéré, en substance, comme relativement actif (cf. bordereau recours, pièce 7). Remis dans le contexte d'une personne qui se plaint d'une incapacité de travail totale depuis 2005, cette appréciation semble légitime. En effet, si l'on se réfère uniquement à son curriculum vitae, l'on constate, par exemple, que l'assuré a géré la comptabilité d'un tiers en tant que tuteur, qu'il a suivi des cours relatifs au développement humain, qu'il a travaillé sur un chantier de construction comme bénévole durant deux semaines (taux situé entre 35% et 50%) et qu'il a réalisé durant quelques jours des travaux d'intérêt général suite à un excès de vitesse (taux non précisé) (bordereau recours, pièce 0). Cela dit, on peut aussi relever que, malgré une situation financière tendue, il est devenu propriétaire d'un chalet et d'un appartement à K._____, dans lequel il s'est installé durant plusieurs années afin de diminuer ses charges, ce qui démontre une habilité évidente à gérer de manière efficace ses affaires. Il a également réalisé plusieurs voyages à l'étranger, parfois de plusieurs mois (cf. pièces 210, 219, 229), déclarant notamment des voyages en Hongrie (2x pour le dentiste), en France, au Québec (2x), et sur le chemin de Saint-Jacques- de-Compostelle (5x). Une telle activité semble incompatible avec l'incapacité de travail totale déclarée (bordereau recours, pièce 6). Enfin, il se plaint de ce que l'expert ne l'ait examiné qu'à deux reprises, ce qui l'a empêché de prendre en compte la réalité de ses troubles, soulignant qu'il n'a "pas [été] vu dans [une] période difficile". Cependant, la jurisprudence s'est déjà prononcée à plusieurs reprises sur ce grief et considère que le caractère ponctuel d'une expertise ne saurait lui ôter toute valeur dans la mesure où le rôle d'un expert consiste justement à apporter un regard neutre et autorisé sur un cas

Tribunal cantonal TC Page 10 de 16 particulier. Au demeurant, l'appréciation de l'expert ne repose pas uniquement sur les observations qu'il a directement effectuées mais tient compte de l'intégralité du dossier médical mis à sa disposition, ce qui permet au praticien d'avoir une représentation complète de l'évolution de la situation médicale (cf. arrêt TF 9C_844/2009 du 29 mars 2010 consid. 4.3).

E. 6.4

Au vu de l'ensemble de ce qui précède, ainsi que le constate l'expert-psychiatre, la Cour retient que la capacité de travail de l'assuré s'est améliorée depuis l'octroi initial d'une rente entière. En effet, sur le plan strictement médical, il est en mesure de reprendre l'exercice d'une activité à un taux de 50%, pour qu'il s'agisse d'un poste de travail non qualifié, limitant les interactions avec autrui ainsi qu'avec un gradient hiérarchique et un niveau de stress faibles. Un complément d'instruction ne s'impose donc pas.

E. 7.1

Dans le domaine de l'assurance-invalidité, on applique de manière générale le principe selon lequel un invalide doit, avant de requérir des prestations, entreprendre de son propre chef tout ce qu'on peut raisonnablement attendre de lui, pour atténuer le mieux possible les conséquences de son invalidité; c'est pourquoi un assuré n'a pas droit à une rente lorsqu'il serait en mesure, au besoin en changeant de profession, d'obtenir un revenu excluant une invalidité ouvrant droit à une rente. La réadaptation par soi-même est un aspect de l'obligation de diminuer le dommage et prime aussi bien le droit à une rente que celui à des mesures de réadaptation. Le point de savoir si une mesure peut être exigée d'un assuré doit être examiné au regard de l'ensemble des circonstances objectives et subjectives du cas concret. Par circonstances subjectives, il faut entendre en premier lieu l'importance de la capacité résiduelle de travail ainsi que les facteurs personnels tels que l'âge, la situation professionnelle concrète ou encore l'attachement au lieu de domicile. Parmi les circonstances objectives doivent notamment être prises en compte l'existence d'un marché du travail équilibré et la durée prévisible des rapports de travail (ATF 138 I 205 consid. 3.2 et les références; cf. aussi arrêt TF 9C_644/2015 du 3 mai 2016 consid. 4.3.1; 9C_163/2009 du 10 septembre 2010 consid. 4.2.2 in SVR 2011 IV Nr. 3). Dans un arrêt 9C_228/2010 du 26 avril 2011 (consid. 3.3 et 3.5, in RSAS 2011 p. 504), la Haute Cour a précisé qu'il existait deux situations dans lesquelles il y avait lieu d'admettre, à titre exceptionnel, que des mesures d'ordre professionnel préalables devaient être considérées comme nécessaires, malgré l'existence d'une capacité de travail médicalement documentée. Il s'agit des cas dans lesquels la réduction ou la suppression, par révision ou reconsidération, du droit à la rente concerne un assuré qui est âgé de 55 ans révolus ou qui a bénéficié d'une rente depuis plus de quinze ans. Cela ne signifie cependant pas que ces assurés peuvent faire valoir des droits acquis dans le contexte de la révision (art. 17 al. 1 LPGA), respectivement de la reconsidération (art. 53 al. 2 LPGA); on admet seulement qu'une réadaptation par soi-même ne peut pas être exigée d'eux en raison de leur âge ou de la longue durée de la rente. Dans de telles situations, l'office de l'assurance-invalidité doit vérifier dans quelle mesure l'assuré a besoin de la mise en œuvre de mesures d'ordre professionnel, même si ce dernier a recouvré une capacité de travail et indépendamment du taux d'invalidité qui subsiste (arrêt TF 9C_517/2016 du 7 mars 2017 consid. 5.2 et les références). Ce n'est qu'à l'issue de cet examen et de la mise en œuvre d'éventuelles mesures de réintégration sur le marché du travail que l'administration pourra

Tribunal cantonal TC Page 11 de 16 définitivement statuer sur la révision ou la reconsidération de la rente d'invalidité (cf. arrêt TF 9C_308/2018 du 17 août 2018 consid. 5.3). Cela étant, même en présence d'un cas exceptionnel au sens de la jurisprudence, on ne saurait admettre que des mesures d'ordre professionnel préalables sont nécessaires lorsque l'absence de longue durée du marché du travail est liée à des motifs extra-médicaux (arrêt TF 9C_819/2014 du 19 juin 2015 consid. 4), lorsque l'assuré apparaît encore agile, alerte et intégré dans la vie économique (arrêt TF 9C_68/2011 du 16 mai 2011 consid. 3.3) ou lorsqu'il dispose d'une formation ou d'une expérience professionnelle particulièrement large (arrêt TF 8C_39/2012 du 24 avril 2012 consid. 5.2).

E. 7.2

L'assuré était, au moment de l'examen par le Dr E. _____, âgé de plus de 55 ans de sorte qu'on peut raisonnablement partir de l'idée qu'une réadaptation par soi-même ne peut pas être exigée de sa part. A ce stade, la Cour rappelle que ce n'est pas le simple constat de

l'exigibilité d'une activité lucrative reposant sur une conception biomédicale qui permet la détermination de la capacité de travail. Bien plus, il incombe à l'expert d'examiner la situation concrète en tenant compte des facteurs subjectifs et objectifs pour déterminer si la valorisation est encore possible. Dans l'affirmative, celui-ci se prononcera encore sur l'utilité d'imposer des mesures médicales de soutien à la réintégration sur le marché du travail. A cet égard, l'expert relève que "toute approche thérapeutique a été abandonnée avec les années", mais estime que l'assuré est apte à suivre une thérapie. Cette thérapie a été mise sur place auprès du psychiatre traitant, lequel n'atteste d'aucune amélioration de l'état de santé ou de la capacité de travail. Cela n'a pas empêché le Dr E. _____ de maintenir son appréciation (cf. dossier OAI, p. 373). Dans ces circonstances, l'on doit constater que des mesures suffisantes ont été mises en place sur le plan médical. S'agissant de la réadaptation, l'assuré s'est vu proposer la mise sur pied de mesures d'ordre professionnel par courrier du 25 août 2017 (dossier OAI, p. 315). Dans sa réponse du 28 septembre 2017, il soutient que s'il avait "eu les forces d'assumer un travail il y a longtemps [qu'il aurait] repris une activité [mais que] toutes les impulsions [qu'il a eu] sont restées vaines et sans résultats". Estimant ne pas être en mesure de reprendre une activité de mécanicien abandonnée il y a 33 ans, il affirme ne plus pouvoir "offrir des services stables et suivis à tout employeur" et ne pas pouvoir "commencer des mesures d'entraînement au travail sans avoir une santé suffisante et sans un objectif de placement ultérieur cohérent" (courrier du 28 septembre 2017, dossier OAI, p. 323). Dans ces circonstances, contrairement aux affirmations du recourant selon lequel il n'a jamais été procédé à des mesures de réinsertion, force est de constater que l'autorité intimée a bien tenté de lui faire bénéficier de telles mesures. Il a cependant, dans les faits, refusé de les suivre. Au vu de son obligation de collaborer (cf. arrêt TF 8C_163/2018 du 28 janvier 2019 proposé à la publication; cf. ég. art. 21 al. 4 LPGA et art. 7ss LAI), c'est à lui d'assumer les conséquences de ce refus. Le recourant ne pouvant ainsi plus se prévaloir des mesures de réadaptation qu'il a refusées, l'autorité intimée était en droit de statuer sur le droit à la rente. A ce stade, la Cour prend note de l'étonnement du recourant quant au fait que la décision ait été rendue moins de 12 mois après lui avoir imposé de suivre un traitement, alors que l'OAI avait

Tribunal cantonal TC Page 12 de 16 indiqué "qu'une nouvelle évaluation de [l']état de santé sera entreprise dans un délai de 12 mois et [qu'il tiendrait] compte des effets du traitement entrepris sur votre droit aux prestations" (dossier OAI, p. 317 et 334). En cela, il se prévaut d'une violation du principe de la bonne foi. Cependant, quand bien même la formulation du courrier de l'OAI prête à confusion, l'expression peut être comprise comme l'indication que l'évaluation serait réalisée avant l'échéance d'un délai de douze mois. Ce délai est donc respecté en l'espèce. Ce grief ne saurait dès lors être suivi.

E. 8.1

L'évaluation du taux d'invalidité se fait sur la base de quatre méthodes dont l'application dépend du statut du bénéficiaire potentiel de la rente, la méthode ordinaire, la méthode spécifique, la méthode mixte et la méthode extraordinaire. La méthode ordinaire d'évaluation du taux d'invalidité (art. 28a al. 1 LAI) s'applique aux assurés qui exerçaient une activité lucrative à plein temps avant d'être atteints dans leur santé physique, mentale ou psychique. Le degré d'invalidité résulte de la comparaison du revenu d'invalidé, 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). Cette comparaison

des revenus s'effectue, en règle générale, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus (RCC 1985 p. 469).

E. 8.2

En règle générale, le revenu hypothétique de la personne valide se détermine en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce qu'elle aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant si elle était en bonne santé. Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible; c'est pourquoi il se déduit en principe du salaire réalisé en dernier lieu par l'assuré avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires jusqu'au moment de la naissance du droit à la rente (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1 et la référence). Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières qu'il peut se justifier qu'on s'en écarte et qu'on recoure aux données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires édité par l'Office fédéral de la statistique. Tel sera le cas lorsqu'on ne dispose d'aucun renseignement au sujet de la dernière activité professionnelle de l'assuré, ou si le dernier salaire que celui-ci a perçu ne correspond manifestement pas à ce qu'il aurait été en mesure de réaliser, selon toute vraisemblance, en tant que personne valide; par exemple, lorsqu'avant d'être reconnu définitivement incapable de travailler, l'assuré était au chômage, ou rencontrait d'ores et déjà des difficultés professionnelles en raison d'une dégradation progressive de son état de santé, ou encore percevait une rémunération inférieure aux normes de salaire usuelles (arrêts TF B 80/01 du 17 octobre 2003 consid. 5.2.2 et les références). On peut également songer à la situation dans laquelle le poste de travail de l'assuré avant la survenance de l'atteinte à la santé n'a plus d'existence avérée sur le marché général du travail. Si la profession concernée n'est pas tombée en désuétude, rien ne justifie de s'écarter du montant du dernier salaire réalisé par l'assuré même s'il a perdu son emploi pour des motifs économiques (arrêt TF 9C_238/2008 du 5 janvier 2009 consid. 4.1).

E. 8.3

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'invalidité 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

Tribunal cantonal TC Page 13 de 16 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). 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 LPG), 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'œuvre (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 LPG, 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; I 329/88 du 25 janvier 1989 consid. 4a). 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).

E. 9.1

Dans sa décision du 18 juin 2018, l'OAI retient que, sans atteinte à la santé, l'assuré aurait obtenu un revenu annuel brut de CHF 82'408.70, montant correspondant au "revenu [de l'assuré] pour l'année 2006, indexé à 10.9% selon l'indice des salaires nominaux". Il convient, à ce stade, de préciser que l'OAI ne fait pas référence au revenu effectivement obtenu par l'assuré en 2006, période durant laquelle il était déjà sans emploi. Il se réfère au revenu de CHF 74'309.- retenu par l'OAI C. _____ dans sa décision du 16 avril 2007, calculé en 2006 (dossier OAI, p. 178 et 187). Cependant, la Cour de céans n'est pas en mesure de vérifier l'indexation opérée par l'autorité intimée, étant relevé qu'il vraisemblable que le pourcentage de 10.9% ne corresponde pas à une indexation jusqu'en 2017, qui plus est alors que le salaire d'invalide (année 2014) n'est pas indexé.

Tribunal cantonal TC Page 14 de 16 Partant, le montant de CHF 74'309.- doit encore être adapté à l'évolution des salaires nominaux pour les années 2006 à 2017 pour atteindre CHF 82'966.10 (indices de 115.5315 pour 2006 et 128.9911 pour 2017 si 100 en 1993, cf. OFS, T39 Evolution des salaires nominaux, des prix à la consommation et des salaires réels, Hommes). Partant, le revenu de valide est fixé à CHF 82'966.10.

E. 9.2

Dans sa décision du 18 juin 2018, l'OAI se réfère à un salaire mensuel de CHF 4'901.-, correspondant selon lui au salaire mensuel brut du secteur privé selon "l'enquête suisse sur la structure des salaires [ci-après: ESS] 2014 (tableau TA 1, tirage_skill_level, total, niveau 4)". Cependant, cette référence est manifestement inexacte, le montant de CHF 4'901.- faisant référence au salaire moyen du secteur privé d'une autre année, soit de l'année 2010 (ESS 2010, TA1, total, niveau de qualification 4, hommes). Or, il y a lieu de se fonder sur les derniers chiffres à disposition, soit le revenu mensuel de CHF 5'340.- correspondant au salaire moyen du secteur privé en 2016 (ESS 2016, TA1_Skill level, totaux, niveau de compétences 1, hommes). Le recourant conteste le revenu d'invalide, estimant que celui-ci n'est pas compatible avec la situation médicale telle qu'attestée par le Dr E. _____. Ses

griefs ne peuvent toutefois pas être suivis. En effet, dès lors que l'ESS comprend un large éventail d'activités, on peut admettre qu'un nombre significatif d'entre elles est adapté à ses limitations et à ses aptitudes dans un marché du travail équilibré (cf. arrêt TF I 312/04 du 28 juillet 2005 consid. 3.2.1). En outre, la référence au niveau de compétences 1 permet de cibler des revenus d'activités "non qualifiées", soit celles conseillées par le Dr E._____.

Le montant de CHF 5'340.-, soit CHF 64'080.- annuellement, doit donc être confirmé. Il doit être adapté à l'évolution des salaires nominaux pour atteindre CHF 64'344.10 (indices de 128.4617 pour 2016 et 128.9911 pour 2017 si 100 en 1993; cf. OFS, T1.93 Indice suisse des salaires par secteur, Homme) et prendre en compte la durée usuelle du travail de 41.7 heures par semaine en 2017 pour un total de CHF 67'078.70 (cf. statistique OFS, durée normale du travail dans les entreprises selon les sections économiques et les cantons). Au vu de la capacité de travail résiduelle de 50% qui a été retenue, le revenu d'invalidé est fixé à CHF 33'539.35.

E. 9.3

Il ressort de la comparaison des revenus de valide (CHF 82'966.10) et d'invalidé (CHF 33'539.35) que la perte de gain se monte à CHF 49'426.75. Cela correspond à un degré d'invalidité de 59.57%, arrondi à 60% (cf. ATF 130 V 121). Un degré d'invalidité de 60% donne droit à trois quarts de rente.

E. 10

Le recourant sollicite (608 2018 195) le bénéfice de l'assistance judiciaire totale dans le cadre du recours contre la décision du 24 janvier 2018.

E. 10.1

Selon l'art. 61 LPGA, la procédure devant le tribunal cantonal des assurances est réglée par le droit cantonal, tout en devant satisfaire aux exigences fédérales prévues exhaustivement aux

Tribunal cantonal TC Page 15 de 16 lettres a à i. Lorsque les circonstances le justifient, l'assistance judiciaire gratuite est accordée au recourant (art. 61 let. f 2e phr. LPGA). 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 de ressources suffisantes pour supporter les frais d'une procédure sans s'exposer à la privation des choses nécessaires à son existence ou 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).

E. 10.2

Il ressort des pièces mises à disposition de la Cour que le recourant est propriétaire de deux biens immobiliers, un appartement trois pièces dans le canton de L._____ (acheté en 2016) et un appartement deux pièces à K._____ (acheté en 2017). Pour l'année 2016, la valeur fiscale du chalet situé dans le canton de L._____ est de CHF 252'133.-, étant précisé que l'assuré disposait en outre de titres et d'autres placements de capitaux pour un montant de total de CHF 49'629.- (cf. avis de taxation 2016 des cantons de K._____ et de L._____). Durant l'année 2017, le recourant est devenu propriétaire d'un appartement à K._____, dont la valeur fiscale n'est pas connue. L'on peut néanmoins estimer que l'épargne dont disposait l'assuré en 2016 a majoritairement servi à l'achat de ce bien, seul un montant de CHF 8'000.- étant déclaré sous la rubrique "titres et autres placement de

capitiaux" (cf. déclaration d'impôt 2017). La valeur fiscale est inférieure à la valeur réelle, de sorte que le montant de la fortune réelle du recourant est certainement plus élevée. Cela étant, le requérant dispose à tout le moins d'une fortune dépassant CHF 300'000.- (valeur de l'immeuble de L. _____ + capital apporté à l'immeuble de K. _____), dont une partie est vraisemblablement liquide (CHF 8'000.-). Par ailleurs, on constate que les revenus mensuels du recourant (rente réduite de 25% et revenus tirés de l'immobilier) s'approchent de CHF 3'500.-. Compte tenu du minimum vital d'un célibataire vivant seul avec une obligation de soutien (CHF 1'350.- + 25%), ce revenu lui permet manifestement de s'acquitter des charges qu'il déclare (not. impôts, assurances, frais de logement, véhicule si nécessité prouvée) et des frais de justice sans le priver des choses nécessaires à son existence. On rappelle que les dépenses en lien avec un second véhicule et une résidence secondaire sont somptuaires et ne peuvent manifestement pas être prises en compte dans le calcul du droit à l'assistance judiciaire. Le recourant dispose dès lors des ressources nécessaire pour s'acquitter du montant des frais de justice. Partant, la requête (608 2018 195) d'assistance judiciaire partielle est rejetée. Le recourant doit donc s'acquitter des frais de justice, lesquels sont fixés à CHF 800.-. (dispositif en page suivante)

Tribunal cantonal TC Page 16 de 16 la Cour arrête : I. Le recours (608 2018 194) est rejeté. II. La requête (608 2018 195) d'assistance judiciaire partielle est rejetée. III. Des frais de justice, fixés à CHF 800.-, sont mis à la charge du recourant. IV. Notification. Un recours en matière de droit public peut être déposé auprès du Tribunal fédéral contre le présent jugement dans un délai de 30 jours dès sa notification. Ce délai ne peut pas être prolongé. Le mémoire de recours sera adressé, en trois exemplaires, au Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne. Il doit indiquer les conclusions, les motifs et les moyens de preuve et être signé. Les motifs doivent exposer succinctement en quoi le jugement attaqué viole le droit. Les moyens de preuve en possession du (de la) recourant(e) doivent être joints au mémoire de même qu'une copie du jugement, avec l'enveloppe qui le contenait. La procédure devant le Tribunal fédéral n'est en principe pas gratuite. Fribourg, le 11 mars 2019/pte Le Président : Le Greffier-rapporteur :

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