



**POUVOIR JUDICIAIRE  
GERICHTSBEHÖRDEN**

ETAT DE FRIBOURG  
STAAT FREIBURG

**Tribunal cantonal TC  
Kantonsgericht KG**

Rue des Augustins 3, case postale 1654, 1701 Fribourg

T +41 26 304 15 00  
tribunalcantonal@fr.ch  
www.fr.ch/tc

608 2018 167

## **Arrêt du 27 juin 2019**

### **II<sup>e</sup> Cour des assurances sociales**

#### **Composition**

Président : Johannes Frölicher  
Juges : Anne-Sophie Peyraud, Marc Sugnaux  
Greffière-rapporteuse : Carine Sottas

#### **Parties**

**A.**\_\_\_\_\_, **recourant**, représenté par Me Christian Delaloye,  
avocat

contre

**OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE  
FRIBOURG, autorité intimée**

#### **Objet**

Assurance-invalidité (suppression de la rente)

Recours du 29 juin 2018 contre la décision du 29 mai 2018

## considérant en fait

A. A.\_\_\_\_\_, né en 1958, divorcé, père de deux enfants majeurs, sans formation professionnelle, domicilié à B.\_\_\_\_\_, a déposé le 12 mai 2009 une demande de prestations AI auprès de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg (ci-après OAI).

Par décision du 9 décembre 2010, l'OAI a retenu un degré d'invalidité de 100% et lui a octroyé une rente entière dès le 1<sup>er</sup> décembre 2009. Sur la base d'une expertise multidisciplinaire (médecine physique, psychiatrie et pneumologie), l'OAI a estimé que la sévérité du syndrome des apnées du sommeil et les limitations rhumatologiques empêchaient l'exercice de toute activité professionnelle, tandis que les troubles psychiques n'étaient pas invalidants.

Lors de plusieurs révisions d'office, l'OAI a maintenu le droit à la rente par décisions du 17 janvier 2012, 10 juillet 2013, 21 octobre 2014 et 7 juin 2016, la situation médicale étant restée inchangée.

B. Ayant appris que A.\_\_\_\_\_ aurait constitué une société active dans la construction métallique avec son gendre en février 2008, et qu'il y aurait travaillé, une révision du dossier s'avérait nécessaire et l'OAI a rendu une décision de suspension de la rente le 21 décembre 2016. Statuant sur recours, la Cours de céans a confirmé cette décision par arrêt du 30 mai 2017 (608 2017 18).

Suite à une expertise bidisciplinaire neuropsychologique et psychiatrique du 8 mars 2018, l'OAI a supprimé par décision du 29 mai 2018 la rente entière d'invalidité avec effet au 31 décembre 2016, au motif que l'assuré disposait depuis 2014 d'une pleine capacité de travail dans toute activité correspondant à ses compétences professionnelles et qu'il ne souffrait, au moment de la décision, d'aucune atteinte à la santé pouvant être considérée comme invalidante.

C. Contre cette décision, l'assuré, représenté par Me Christian Delaloye, avocat, interjette recours le 29 juin 2018. Il conclut, sous suite de frais et dépens, principalement au maintien d'un degré d'invalidité de 100% et de sa rente entière, et, subsidiairement, au renvoi de la cause à l'autorité intimée pour nouvelle décision avec reprise avec effet immédiat du versement de la rente entière jusqu'au prononcé d'une nouvelle décision sur le fond. A l'appui de ses conclusions, il soutient tout d'abord que l'OAI a violé son droit d'être entendu du fait que la motivation de la décision du 29 mai 2018 serait insuffisante. En effet, il ne comparerait pas sa situation médicale et personnelle actuelle à celle qui prévalait au moment de l'octroi de la rente en décembre 2010 et ne prendrait pas position, même sommairement, sur les griefs qu'il a soulevés dans sa détermination du 15 mai 2018, les rejetant simplement en bloc. Il ne motive pas non plus les raisons de la suppression de la rente avec effet au 31 décembre 2016 et ne se réfère pas à l'art. 88bis al. 2 RAI ni ne formule un quelconque reproche à l'assuré concernant sa prétendue activité pour le compte de C.\_\_\_\_\_ Sàrl. Ensuite, le recourant relève que son état de santé psychique est le même qu'en 2010 et ne peut justifier une suppression de sa rente. L'expertise neuropsychologique montre de plus qu'il souffre encore des mêmes limitations qui ont justifié l'octroi d'une rente. Partant, la décision attaquée ne se fonde sur aucun autre motif que celui de l'absence de limitation du point de vue psychique, l'instruction de la cause n'a pas mis en évidence une modification de son état de santé, de sorte que son droit à la rente doit être maintenu. Enfin, les conditions de suppression de la rente n'étant pas remplies et les motifs de l'application de l'art. 88bis al. 2 RAI n'étant pas motivés, l'assuré estime avoir droit au versement des arriérés de rente dès décembre 2016.

Le 8 août 2018, le recourant s'est acquitté d'une avance de frais de CHF 800.-.

Par courrier du 20 août 2018, le recourant indique qu'il a été placé dès le 31 juillet 2018 à D. \_\_\_\_\_, et qu'il s'y trouve toujours. Il produit un rapport médical du 9 août 2018 relatif à cette hospitalisation.

Le 27 septembre 2018, il produit un second rapport médical concernant son hospitalisation du 4 août 2018 au 12 septembre 2018, ainsi qu'un rapport psychologique du 7 septembre 2018. Il en ressort en substance que le recourant ne cherche pas à aggraver ses symptômes et qu'une reprise de l'activité professionnelle est totalement illusoire, ce qui devrait à tout le moins conduire à un renvoi à l'OAI pour nouvel examen, si ce n'est à l'admission des conclusions principales du recours.

Dans ses observations du 2 novembre 2018, l'autorité intimée propose de revoir le dossier sous l'angle de la reconsidération, l'assuré n'ayant jamais rempli les conditions pour bénéficier d'une telle rente, et maintient sa décision de suppression de rente. Elle allègue d'abord que les limitations de l'assuré sont feintes et qu'il était nécessaire de démontrer l'inexistence d'une quelconque atteinte psychiatrique invalidante. Quant au syndrome des apnées du sommeil, les éléments du dossier montrent qu'il n'a finalement jamais empêché le recourant de travailler, ni de conduire, et que c'est à tort qu'il avait été reconnu comme invalidant en 2010.

Le 6 décembre 2018, le recourant relève que les expertises psychiatrique et neuropsychologique de 2018 ne portent aucunement sur les troubles qui ont justifié l'octroi de la rente en décembre 2010. S'agissant de la proposition de procéder à une reconsidération de cette première décision, il estime que l'OAI ne prend pas la peine de motiver les éléments constitutifs nécessaires pour procéder à une reconsidération et qu'il se réfère pour l'essentiel à des éléments déjà constatés au moment du prononcé de la décision, en ce qui concerne la révision de 2011, celle de 2013 et celle de 2014, ce qui ne permet pas de justifier la reconsidération de la décision de 2010.

Aucun autre échange d'écriture n'a été ordonné entre les parties.

Il sera fait état des arguments, développés par elles à l'appui de leurs conclusions, dans les considérants en droit du présent arrêt, pour autant que cela soit utile à la solution du litige.

## **en droit**

1.

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

2.

Le recourant se plaint tout d'abord d'un défaut de motivation de la décision litigieuse.

2.1. Le droit d'être entendu est une garantie constitutionnelle de caractère formel (art. 29 al. 2 Cst.), dont la violation doit entraîner l'annulation de la décision attaquée, indépendamment des chances de succès du recourant sur le fond.

Dès lors que l'on peut discerner les motifs qui ont guidé la décision de l'autorité, le droit à une décision motivée est respecté même si la motivation présentée est erronée. La motivation peut d'ailleurs être implicite et résulter des différents considérants de la décision (arrêt TF 2C\_23/2009 du 25 mai 2009 consid. 3.1). En revanche, une autorité se rend coupable d'un déni de justice formel si elle omet de se prononcer sur des griefs qui présentent une certaine pertinence ou de prendre en considération des allégués et arguments importants pour la décision à rendre (ATF 133 III 235 consid. 5.2; 126 I 97 consid. 2b; 125 III 440 consid. 2a).

En matière d'assurances sociales, on ne saurait fixer des exigences trop élevées en ce qui concerne la motivation des décisions, vu le nombre important que les autorités compétentes sont appelées à rendre; la motivation des décisions peut dès lors se limiter à l'essentiel, mais celles-ci doivent rester compréhensibles pour les administrés; il suffit d'indiquer brièvement les considérations qui ont guidé l'administration et sur lesquelles repose la décision (VSI 2001 114).

Pour autant qu'elle ne soit pas d'une gravité particulière, la violation du droit d'être entendu est réparée lorsque la partie lésée a la possibilité de s'exprimer devant une autorité de recours jouissant d'un plein pouvoir d'examen (ATF 132 V 387 consid. 5.1 et les arrêts cités). Au demeurant, la réparation d'un vice éventuel ne doit avoir lieu qu'exceptionnellement (ATF 137 I 195 consid. 2.3.2, 135 I 279 consid. 2.6.1). Toutefois, même dans l'hypothèse où la violation du droit d'être entendu serait d'une gravité particulière, un renvoi de la cause à l'administration dans le sens d'une réparation du droit d'être entendu ne saurait entrer en considération, si et dans la mesure où le renvoi conduit formellement à un temps mort ainsi qu'à des retards inutiles, incompatibles avec l'intérêt du justiciable à un jugement expéditif de la cause (ATF 132 V 387 consid. 5.1).

2.2. En l'espèce, la Cour constate que l'autorité intimée fonde sa décision essentiellement sur une pleine capacité de travail établie par une expertise psychiatrique. Elle indique cependant aussi que le recourant ne souffre d'aucune atteinte à la santé qui serait invalidante.

Bien que cela soit succinct, il ressort clairement de la décision que l'OAI n'a retenu aucune incapacité de travail due à quelque trouble que ce soit. L'on peut aussi implicitement en déduire qu'il considère de ce fait que la situation médicale s'est améliorée au point qu'il n'existe plus d'invalidité. Quand bien même l'on peut regretter que la décision ne soit parfois que brièvement motivée, il faut constater qu'on ne peut toutefois admettre de violation du droit d'être entendu.

Au surplus, le recourant a eu la possibilité de s'exprimer dans le cadre de la présente procédure de recours auprès de la Cour de céans, avec plein pouvoir de cognition, de sorte que l'éventuel vice aurait dû être considéré comme guéri.

Pour ces motifs, le grief tiré de la violation du droit d'être entendu soulevée par le recourant doit être rejeté.

3.

La question litigieuse porte sur le droit de l'assuré au maintien de sa rente.

3.1. Aux termes de l'art. 8 al. 1 de la loi du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1), applicable par le biais de l'art. 1 al. 1 de la loi du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI; RS 831.20), est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 4 al. 1 LAI, dite invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident.

Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 al. 1 LPGA). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (art. 7 al. 2 LPGA).

3.2. 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 des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (art. 7 al. 2 2<sup>ème</sup> 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.).

Les facteurs psychosociaux et socioculturels ne constituent à eux seuls pas des atteintes à la santé entraînant une incapacité de gain au sens de l'art. 4 LAI. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire qu'un substrat médical pertinent entrave la capacité de travail (et de gain) de manière importante et soit à chaque fois mis en évidence par un médecin spécialisé. Plus les facteurs psychosociaux et socioculturels apparaissent au premier plan et imprègnent l'anamnèse, plus le diagnostic médical doit préciser si l'atteinte à la santé psychique équivaut à une maladie. Il ne suffit donc pas que le tableau clinique soit constitué d'atteintes relevant de facteurs socioculturels; il faut au contraire que celui-ci comporte d'autres éléments pertinents au plan psychiatrique tels qu'une dépression durable au sens médical ou un état psychique assimilable et non une simple humeur dépressive. En définitive, une atteinte psychique influençant la capacité de travail de manière autonome est nécessaire pour que l'on puisse parler d'invalidité. Tel n'est en revanche pas le cas lorsque l'expert ne relève pour l'essentiel que des éléments trouvant leur explication et leur source dans le champ socioculturel ou psychosocial (ATF 127 V 294 consid. 5a; arrêt TF I 797/06 du 21 août 2007 consid. 4).

3.3. D'après une jurisprudence constante, ce n'est pas l'atteinte à la santé en soi qui est assurée, ce sont plutôt les conséquences économiques de celle-ci, c'est-à-dire une incapacité de gain qui sera probablement permanente ou du moins de longue durée (ATF 127 V 294).

Selon l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité à accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins. En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40% au moins. La rente est échelonnée comme suit selon le taux de l'invalidité: un taux d'invalidité de 40 % au moins donne droit à un quart de rente; lorsque l'invalidité atteint 50% au moins, l'assuré a droit à une demi-rente; lorsqu'elle atteint 60% au moins, l'assuré a droit à trois-quarts de rente et lorsque le taux d'invalidité est de 70% au moins, il a droit à une rente entière.

3.4. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge en cas de recours) a besoin d'informations que seul le médecin est à même de lui fournir. La tâche de ce dernier consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles

activités l'assuré est capable ou incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; 114 V 310 consid. 3c).

Lorsque des expertises confiées à des médecins indépendants sont établies par des spécialistes reconnus, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que les experts aboutissent à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 122 V 157 consid. 1c et les références). En présence d'avis médicaux contradictoires, le juge doit apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt que sur une autre. A cet égard, l'élément décisif pour apprécier la valeur probante d'une pièce médicale n'est en principe ni son origine, ni sa désignation sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu. Il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 125 V 351 consid. 3a; 122 V 157).

De même, le simple fait qu'un certificat médical est établi à la demande d'une partie ne justifie pas, en soi, des doutes quant à sa valeur probante; une expertise privée peut ainsi également valoir comme moyen de preuve. Pour qu'un avis médical puisse être écarté, il est nécessaire qu'il existe des circonstances particulières qui permettent de justifier objectivement les doutes émis quant à l'impartialité ou au bien-fondé de l'évaluation (arrêt TF 9C\_276/2015 du 10 novembre 2015 consid. 4.3).

En outre, il y a lieu d'attacher plus de poids à l'opinion motivée d'un expert qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin traitant dès lors que celui-ci, vu la relation de confiance qui l'unit à son patient, est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour lui (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées). Enfin, l'on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou un juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire (arrêt TF 9C\_201/2007 du 29 janvier 2008).

3.5. 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 130 V 343 consid. 3.5). Une simple appréciation différente d'un état de fait, qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé n'appelle en revanche pas à une révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 112 V 371 consid. 2b; ATF 112 V 387 consid. 1b). 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 citée; 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 cité par la juridiction cantonale). Une communication, au sens de l'art. 74ter let. f du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI; RS 831.201), a valeur de base de comparaison dans le temps si elle résulte d'un examen matériel du droit à la rente (cf. arrêts TF 9C\_46/2009 du 14 août 2009 consid. 3.1 in SVR 2010 IV n° 4 p. 7; 9C\_910/2010 du 7 juillet 2011 consid. 3.2 a contrario).

3.6. Selon le principe défini à l'art. 7 al. 2 LPGA, seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain; ce principe vaut également en matière de révision de la rente (art. 17 al. 1 LPGA). Tout obstacle à une réintégration professionnelle qui ne serait pas la conséquence de l'atteinte à la santé ne doit pas être pris en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain.

3.7. En l'espèce, le recourant ne conteste pas qu'il ne souffre pas de troubles psychiatriques invalidants. Il est par contre d'avis que l'absence de limitations psychiques est sans pertinence du fait que de telles limitations n'existaient déjà pas au moment de l'octroi de la rente en décembre 2010. Ainsi, le résultat de l'expertise psychiatrique du 8 mars 2018 ne saurait justifier la suppression de la rente. Par ailleurs, l'OAI ne fonde sa décision sur aucun autre motif, alors qu'il ressort de l'expertise neuropsychologique du 22 janvier 2018 qu'il souffre encore des mêmes limitations qui ont justifié l'octroi de sa rente. Il n'y aurait par conséquent aucune modification de son état de santé.

L'autorité intimée soutient quant à elle que les limitations de l'assuré sont feintes et qu'il était nécessaire de démontrer l'inexistence d'une quelconque atteinte psychiatrique. Quant au syndrome des apnées du sommeil, les éléments du dossier montreraient qu'il n'a finalement jamais empêché le recourant de travailler, ni de conduire.

Partant, il sied tout d'abord de vérifier si son état de santé s'est ou non modifié depuis la dernière décision entrée en force du 7 juin 2016.

3.7.1. Pour rappel, la décision initiale d'octroi de rente du 9 décembre 2010 avait été rendue sur la base d'une expertise multidisciplinaire (médecine physique, psychiatrie et pneumologie). Si cette expertise ne retenait aucun trouble psychique, elle attestait une totale incapacité de travail dans toute activité professionnelle en raison d'un syndrome des apnées du sommeil sévère et de limitations rhumatologiques. La rente a ensuite été maintenue sans changement lors de quatre révisions.

3.7.2. Au moment où la décision du 7 juin 2016, dernière décision matérielle servant à l'examen dans le temps, a été rendue, le Dr E. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, diagnostiquait un syndrome de l'apnée du sommeil sévère, des lombosciatalgies bilatérales sur canal lombaire étroit (CLE), un status après bypass gastrique le 29 septembre 2015, un état dépressif et une anxiété généralisée. Il attestait également d'un état de santé stationnaire, d'une totale incapacité de travail et notamment des limitations fonctionnelles suivantes: position assise 2 heures par jour, position debout 2 heures par jour, pas la même position du corps pendant longtemps, pas à genoux ni accroupi, pas d'inclinaison du buste, périmètre de marche limité à 500 mètres, ne pas lever/porter/déplacer des charges, ne pas se baisser, pas de mouvements des membres ou du dos occasionnels ou répétitifs, pas d'horaire de travail irrégulier/de nuit/le matin,

pas de travail en hauteur ou sur une échelle, pas de déplacements sur sol irrégulier ou en pente (rapport du 21 avril 2016, dossier OAI p. 385).

3.7.3. Après la décision du 7 juin 2016, le Dr E. \_\_\_\_\_ indique le 30 janvier 2017 qu'aucune activité, adaptée ou non, n'est exigible en raison de lombosciatalgies bilatérales chroniques sur canal lombaire étroit, d'un syndrome de l'apnée du sommeil sévère et résistant, d'un état anxio-dépressif et d'une anxiété généralisée avec alcoolisme secondaire, et d'un status après bypass gastrique le 29 septembre 2015. L'état de santé est stationnaire malgré le bypass, des mesures médicales avaient déjà été tentées par le passé et l'assuré ne dispose d'aucune capacité fonctionnelle (dossier OAI p. 429).

Une expertise psychiatrique a été réalisée le 8 mars 2018 par le Dr F. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie (dossier OAI p. 584). Cet expert ne retient aucun diagnostic ayant une influence sur la capacité de travail, mais seulement des diagnostics sans influence: dysthymie, dépression anxieuse persistante (F34.1), existant depuis 2009, faisant suite à un épisode dépressif moyen, accentuation de traits de personnalité émotionnellement labile (Z73.1), existant depuis probablement l'âge de jeune adulte, et troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation d'alcool, syndrome de dépendance, utilisation épisodique (F10.26), existant depuis des années. Il estime que la capacité de travail est entière sur le plan psychique depuis 2014 et relève que l'assuré met en avant un cortège de plaintes incohérentes, témoignant de sa tendance à déformer la vérité, voire d'utiliser des mensonges, dans le cadre de l'adoption d'un rôle d'invalidé maintenu par des bénéfices secondaires.

Dans le cadre de cette expertise, G. \_\_\_\_\_, psychologue, a examiné le recourant d'un point de vue neuropsychologique le 19 janvier 2018. Il relève que *"l'examen de cet expertisé réactif, irritable, fatigable, souffrant possiblement de troubles de la vigilance, met en évidence des déficits sévères à toutes les tâches cognitives mises en jeu, mais il y a un net déficit de collaboration, avec des renoncements, voire des refus de répondre systématiques et un défaut de cohérence à la fois interne à l'examen et entre ce que l'examen met en évidence et ce que nous savons des aptitudes que l'expertisé met en jeu dans sa vie quotidienne"*. L'examen ne lui permet dès lors pas de se prononcer sur la capacité de travail, qui doit par conséquent être réputée entière (dossier OAI p. 577).

3.7.4. La Cour constate que seule une expertise psychiatrique et neuropsychiatrique a été réalisée alors que la rente a été octroyée en 2010 en raison de troubles rhumatologique et pneumologique et que le Dr E. \_\_\_\_\_ pose toujours les mêmes diagnostics – lombosciatalgies bilatérales chroniques sur canal lombaire étroit, syndrome de l'apnée du sommeil sévère et résistant – en lien avec ces troubles. Il ne ressort en outre pas du dossier qu'une amélioration ou une disparition de ces troubles serait survenue.

Par ailleurs, l'OAI ne discute pas des lombosciatalgies et soutient que l'assuré n'aurait jamais été empêché de travailler et de conduire en raison des apnées du sommeil. On ignore toutefois sur quels éléments médicaux du dossier l'OAI se base pour affirmer cela. En effet, la seule indication médicale ressort de l'expertise psychiatrique du Dr F. \_\_\_\_\_, lorsqu'il indique que les taux sanguins des antidouleurs restaient au-dessous du seuil thérapeutique, laissant planer le doute quant aux importantes douleurs, et que l'assuré a participé activement aux examens psychiatriques, dont un de plus de trois heures, sans signe majeur de manque d'énergie ou de diminution de l'attention (expertise p. 24, dossier OAI p. 607). Cela ne signifie cependant pas encore que le recourant dispose d'une pleine capacité de travail, le Dr F. \_\_\_\_\_ n'étant pas spécialiste en pneumologie, d'autant plus que les valeurs sanguines sont celles de 2010 et ne sont



pas actuelles. Quant aux déclarations d'un ancien employé de H. \_\_\_\_\_ (dossier OAI p. 417), selon lesquelles le recourant aurait travaillé dans cette entreprise entre le 5 mai 2010 et le 30 novembre 2012, elles ne sont pas probantes pour établir une capacité de travail: d'une part cette société n'existait plus à cette période, ayant été radiée le 15 avril 2010, et d'autre part il n'existe aucune indication quant à un éventuel taux d'occupation. Elles ne constituent de ce fait qu'un indice et ne sauraient remplacer un avis médical. Il en est de même de la conduite de sa voiture par le recourant, qui conduisait dans la région de I. \_\_\_\_\_, c'est-à-dire sur de courtes distances (B. \_\_\_\_\_ – I. \_\_\_\_\_: moins de 5 km), en étant limité par les effets de l'apnée du sommeil (expertise p. 18, dossier OAI p. 601). Or, rien dans le dossier ne permet de contredire cet élément. Quant au fait que les limitations de l'assuré seraient feintes, les expertises psychiatrique et neuropsychiatrique ne suffisent pas pour l'établir, quant bien même les experts notent une tendance à déformer la vérité et un manque de collaboration, puisque les limitations ne relèvent pas de leurs spécialités.

De ce fait, ces indices ne permettent pas de supprimer la rente sans faire d'investigations médicales supplémentaires.

Le recourant produit encore plusieurs rapports postérieurs à la décision du 29 mai 2018, à savoir un rapport du 9 août 2018 de J. \_\_\_\_\_, une lettre de sortie de J. \_\_\_\_\_ du 17 septembre 2018 et un rapport du 21 septembre 2018 de la Dresse K. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Tous établis postérieurement à la décision attaquée, ils concernent un séjour à l'Hôpital D. \_\_\_\_\_ ayant eu lieu également après ladite décision, soit entre le 31 juillet 2018 et le 12 septembre 2018. Cependant, ces rapports ne discutent pas de la capacité de travail et traitent d'une potentielle aggravation de l'état de santé qui, ayant débuté environ vers avril 2018, n'avait pas atteint la durée d'au moins 3 mois le 29 mai 2018. Ces rapports n'ont ainsi pas à être pris en compte dans la présente procédure de recours, d'autant plus qu'une éventuelle aggravation de l'état de santé psychique pourrait être en lien avec la décision de suppression de la rente.

Au vu de ce qui précède, il convient de renvoyer le dossier à l'OAI pour instruction complémentaire.

4.

Dans ses observations du 2 novembre 2018, l'OAI propose enfin de revoir le dossier sous l'angle de la reconsidération, au motif que le recourant n'aurait au final jamais rempli les conditions d'octroi d'une rente.

Celui-ci estime quant à lui que l'autorité intimée ne prend pas la peine de motiver les éléments constitutifs nécessaires pour procéder à une reconsidération et que celle-ci est dès lors injustifiée.

4.1. Aux termes de l'art. 53 al. 2 LPG, l'assureur peut revenir sur les décisions ou les décisions sur opposition formellement passées en force lorsqu'elles sont manifestement erronées et que leur rectification revêt une importance notable.

Selon la jurisprudence, pour juger s'il est admissible de reconsidérer pour le motif qu'une décision est sans doute erronée, il faut se fonder sur la situation juridique existant au moment où cette décision est rendue, compte tenu de la pratique en vigueur à l'époque (ATF 125 V 383 consid. 3 et les références citées). Par le biais de la reconsidération, on corrigera une application initiale erronée du droit, de même qu'une constatation erronée résultant de l'appréciation des faits. Un changement de pratique ou de jurisprudence ne saurait en principe justifier une reconsidération (ATF 117 V 8 consid. 2c, 115 V 308 consid. 4a/cc). Pour des motifs de sécurité juridique,

l'irrégularité doit être manifeste, de manière à éviter que la reconsidération devienne un instrument autorisant sans autre limitation un nouvel examen des conditions à la base des prestations de longue durée. En particulier, les organes d'application ne sauraient procéder en tout temps à une nouvelle appréciation de la situation après un examen plus approfondi des faits. Ainsi, une inexactitude manifeste ne saurait être admise lorsque l'octroi de la prestation dépend de conditions matérielles dont l'examen suppose un pouvoir d'appréciation, quant à certains de leurs aspects ou de leurs éléments, et que la décision initiale paraît admissible compte tenu de la situation antérieure de fait et de droit. S'il subsiste des doutes raisonnables sur le caractère erroné de la décision initiale, les conditions de la reconsidération ne sont pas remplies (arrêts TF 9C\_7/2014 du 27 mars 2014 consid. 3.1, 9C\_575/2007 du 18 octobre 2007 consid. 2.2 et I 907/06 du 7 mai 2007 consid. 3.2.1). Une décision d'octroi de rente qui ne repose pas sur une instruction suffisante, à savoir sur une estimation médicale probante de la capacité de travail, n'est pas conforme au droit et, partant, est manifestement erronée au sens de la reconsidération (cf. arrêts TF 8C\_918/2013 du 19 mars 2014 consid. 3.3.2 et 9C\_307/2011 du 23 novembre 2011 consid. 3.2).

4.2. Dès lors que – comme il a été démontré ci-dessus – la capacité de travail n'est pas déterminable du point de vue rhumatologique et de l'apnée du sommeil, et que les indices (conduite d'un véhicule et activité professionnelle) ne suffisent en l'espèce pas pour démontrer l'absence de toute atteinte à la santé, on ne saurait à ce stade juger si l'octroi de la rente était manifestement erroné.

5.

Le recourant conclut encore à la reprise avec effet immédiat du versement de la rente entière jusqu'au prononcé d'une nouvelle décision sur le fond.

Par décision du 21 décembre 2016, confirmée par la Cour de céans le 30 mai 2017 (608 2017 18), l'OAI a suspendu le versement de la rente au motif que l'incapacité de travail de l'assuré était mise en doute en raison des activités de celui-ci et que son état de santé devait être examiné dans le cadre de la procédure de révision.

En l'occurrence, l'examen de son état de santé n'étant pas terminé puisque la cause est renvoyée à l'autorité intimée pour instruction complémentaire, et qu'il y a fort à craindre qu'une procédure de recouvrement de prestations versées à tort se révèle infructueuse dans l'hypothèse où la rente serait supprimée de manière rétroactive, il n'y a pas lieu de reprendre le versement de la rente d'invalidité avant qu'une nouvelle décision au fond ne soit rendue.

6. Au vu de ce qui précède, le recours est admis et le dossier est renvoyé à l'autorité intimée pour instruction complémentaire.

6.1. La procédure n'étant pas gratuite (cf. art. 69 al. 1bis LAI), les frais de justice sont fixés à CHF 800.- et sont mis à la charge de l'autorité intimée qui succombe. L'avance de frais versée le 8 août 2018 par le recourant lui est restituée.

Ayant obtenu gain de cause, le recourant a droit à des dépens. Son mandataire a produit sa liste de frais le 15 avril 2019. Celle-ci correspond aux exigences du tarif applicable (cf. art. 8 ss du tarif cantonal du 17 décembre 1991 des frais de procédure et des indemnités en matière de juridiction administrative; Tarif/JA; RSF 150.12), à l'exception de l'utilisation d'un forfait pour le calcul des débours dont l'usage est prévu en procédure civile et non pas administrative (cf. arrêt TC 608 2015 159 du 16 novembre 2016; art. 68 du règlement du 30 novembre 2010 sur la justice, RJ; RSF 130.11). Il ne sera pas non plus tenu compte des frais relatifs au rapport médical du 18 septembre

2018 (daté du 17 septembre 2018) de J. \_\_\_\_\_ et à celui du 26 septembre 2018 (daté du 21 septembre 2018) de la Dresse K. \_\_\_\_\_ dans la mesure où ils concernent une situation postérieure à la décision attaquée et ne servent pas à la résolution du présent cas (art. 45 al. 1 LPG). Partant, il se justifie de fixer l'équitable indemnité à laquelle il a droit à CHF 5'352.70 à raison de 19h37 à CHF 250.-, soit à un montant de CHF 4'905.-, plus CHF 65.- au titre de débours, plus CHF 382.70 au titre de la TVA à 7,7%. Cette indemnité est mise à la charge de l'OAI.

### **la Cour arrête :**

I. Le recours est admis.

Partant, la cause est renvoyée à l'autorité intimée pour instruction complémentaire dans le sens des considérants et nouvelle décision.

II. La requête tendant à la reprise immédiate du versement de la rente est rejetée.

III. Les frais de procédure, par CHF 800.-, sont mis à la charge de l'autorité intimée.

IV. L'avance de frais de CHF 800.- versée le 8 août 2018 par A. \_\_\_\_\_ lui est restituée.

V. L'indemnité de partie allouée à A. \_\_\_\_\_ pour ses frais de défense est fixée à CHF 4'970.-, débours compris, plus CHF 382.70 au titre de la TVA à 7,7%, soit à un total de CHF 5'352.70, et mise intégralement à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg.

VI. 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 juin 2019/cso

Le Président :

La Greffière-rapporteuse :