



**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 31
608 2018 32

Arrêt du 19 juillet 2019

II^e Cour des assurances sociales

Composition	Président :	Johannes Frölicher
	Juges :	Anne-Sophie Peyraud, Marc Sugnaux
	Greffier-stagiaire :	Federico Respini

Parties **A. _____, recourant**, représenté par Me Charles Guerry, avocat
contre

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

Objet Assurance-invalidité – rente d’invalidité – révision – capacité de
travail – allocation pour impotent

Recours du 8 février 2018 contre la décision de suppression de rente
du 8 janvier 2018 (608 2018 31)

Recours du 8 février 2018 contre la décision de refus d’allocation
pour impotent du 8 janvier 2018 (608 2018 32)

considérant en fait

A. A. _____ (le recourant), est né en 1966 à B. _____ où il a effectué huit années de scolarité, avant de travailler comme boulanger. Il a émigré en Suisse en 1991. Après un premier emploi en tant que manœuvre sur les chantiers, il a repris dès 1994 une activité de boulanger, puis dès 2000 de chauffeur-livreur pour des boulangeries, comme collaborateur, mais également durant plusieurs années pour des sociétés actives dans le domaine de la boulangerie dont sa troisième épouse ou lui-même ont été associés.

D'un premier mariage, le recourant a eu trois enfants, nés en 1989 et 1991, puis en 1999, alors qu'il était déjà divorcé de son épouse depuis 1992. Ses enfants, ainsi que son épouse, sont restés à B. _____. Il a été marié une seconde fois entre 1993 et 2000, sans que le couple n'ait d'enfant. Il s'est remarié en 2000 et il a eu, avec sa troisième épouse, quatre enfants nés en 2000, 2001, 2003 et 2010.

B. Le 21 novembre 2008, le recourant a déposé une demande de prestations AI pour adultes auprès de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg, faisant valoir les suites d'une chute dans les escaliers en 2007, soit essentiellement des douleurs locales au niveau de la fesse droite, des troubles sensitifs à la jambe droite et une irritation résiduelle du plexus lombaire, auxquelles s'ajoutaient une allergie à la levure et à la farine existant depuis plusieurs années (dossier AI p. 45, 69). Cette demande est intervenue dans le contexte d'une incapacité de travail attestée par la médecin généraliste traitante et d'une instruction menée par l'assureur-accidents. Cette instruction a notamment donné lieu à un séjour auprès de C. _____ au cours duquel les diagnostics et co-morbidités suivantes ont été mises en évidence: lombalgies chroniques irradiant dans le membre inférieur droit, neuropathie fémorocutanée droite, troubles dégénératifs lombaires, troubles de l'adaptation avec réaction mixte anxieuse et dépressive, obésité morbide selon l'OMS (poids de 115 kg et taille de 165 cm), dyslipidémie et eczéma de contact aux levures (dossier AI p. 76).

Par décision du 18 mai 2011, faisant suite à une expertise pluridisciplinaire du 15 décembre 2009 complétée le 18 octobre 2010 (médecine interne, pneumologie, rhumatologie et psychiatrie; prise en considération d'un infarctus subi en septembre 2009; dossier AI p. 225, 340) ainsi qu'à un projet de décision du 1^{er} mars 2011, l'Office de l'assurance-invalidité a reconnu que celui-ci ne pouvait plus exercer son travail habituel de boulanger, mais qu'une activité adaptée restait exigible avec un horaire limité à 50% en raison de troubles psychiques. Comparant un revenu sans invalidité de CHF 68'712.- et un revenu avec invalidité de CHF 29'937.-, il a retenu un taux d'invalidité de CHF 56% justifiant l'octroi d'une demi-rente dès le 1^{er} août 2008. Il a également accordé une aide au placement, demandé une prise en charge psychiatrique avec une bonne compliance médicamenteuse et annoncé qu'une révision du droit à la rente était prévue à fin 2012 (dossier AI p. 375).

C. Sur recommandation du Service médical régional Bern/Fribourg/Solothurn (SMR) formulée en 2013 (dossier AI p. 455), l'Office de l'assurance-invalidité a diligenté, dans le cadre d'une procédure de révision, une expertise médicale pluridisciplinaire (psychiatrie, médecine interne, cardiologie, pneumologie, rhumatologie). Rendant leur rapport le 12 mai 2016, les experts ont retenu dans leurs conclusions conjointes que le recourant subissait une incapacité de travail totale dans toute activité à partir de mars 2012, en raison d'une aggravation de l'état de santé à partir de

cette date, tant sur le plan psychique (aggravation de l'état dépressif) que physique (augmentation de l'obésité et des conséquences sur tous les systèmes) (dossier AI p. 494, 520).

Par projet de décision du 17 mai 2016, l'Office de l'assurance-invalidité a communiqué au recourant qu'il envisageait de lui reconnaître un droit à une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} décembre 2012 (dossier AI p. 525). Toutefois, suite à un avis d'un médecin du SMR remettant en cause les conclusions du rapport d'expertise pluridisciplinaire du 12 mai 2016 et retenant que l'état de santé psychique du recourant ne pouvait pas être considéré comme stabilisé en l'absence d'une prise en charge psychiatrique conforme aux recommandations consensuelles des sociétés de spécialistes, l'Office de l'assurance-invalidité n'a pas confirmé son projet de décision. Par courrier du 7 juin 2016 intitulé « réduction du dommage », il a au contraire exigé du recourant qu'il contacte un psychiatre et qu'il se soumette à un suivi intensif et un traitement médicamenteux de nature à améliorer sa capacité de gain (dossier AI p. 532).

D. Le 5 décembre 2016, le recourant a déposé une demande d'allocation pour impotent, alléguant avoir besoin de l'aide de son épouse depuis 2009 pour se vêtir et se dévêtir, ainsi que pour les soins du corps (se laver, se coiffer, se raser, se baigner ou se doucher), en raison des atteintes à la santé suivantes: hernie discale, hernie à la nuque, allergie eczéma, infarctus du cœur, diabète type 2, apnée du sommeil, bronchite, attaques de panique, « super obésité morbide » (145 kg).

E. En lien avec les atteintes de nature psychique, une nouvelle expertise a été effectuée le 24 août 2017 sur mandat de l'Office de l'assurance-invalidité. Dans son rapport du 15 septembre 2017 (dossier AI p. 616), l'expert a conclu à une capacité de travail à 100% au plan psychique dans toute activité, mis à part deux épisodes dépressifs de sévérité moyenne au maximum, lors des expertises réalisées en 2009 et 2016, ces deux épisodes justifiant une incapacité de travail de 50% au maximum dans une activité manuelle simple, par exemple en qualité de chauffeur livreur. Il a précisé que le dernier épisode dépressif moyen diagnostiqué en mars 2016 a connu une amélioration stable, ne permettant plus de retenir une incapacité de travail au plan psychique, depuis août 2016 au plus tard.

Le 28 septembre 2017 (dossier p. 648), l'Office de l'assurance-invalidité a établi un projet de décision de suppression de la rente d'invalidité. Il en ressort qu'il n'existe pas d'atteinte à la santé justifiant une incapacité de travail, de telle sorte que la reprise d'une activité professionnelle telle que celle de chauffeur livreur est exigible à plein temps et sans diminution de rendement.

Par projet de décision du 28 septembre 2017 (dossier AI p. 643), l'Office de l'assurance-invalidité a également annoncé qu'il entendait rejeter la demande d'allocation pour impotent, au motif que le recourant ne souffrait pas d'une atteinte à la santé pouvant être considérée comme invalidante au sens de la législation sur l'assurance-invalidité.

Formulant des objections le 28 novembre 2017 en se référant à l'avis de ses médecins généraliste et psychiatre traitantes, le recourant a contesté la teneur des deux projets. Il a fait valoir en substance que son état de santé psychique s'était au contraire péjoré parallèlement à l'aggravation de son état de santé morbide, ce plus particulièrement depuis qu'il avait appris durant l'été 2017 qu'il ne pourrait pas bénéficier d'une gastroplastie (by-pass).

F. Le 8 janvier 2018, faisant suite à la production par la recourante de nouveaux rapports médicaux sur lesquels s'étaient déterminés le médecin du SMR et l'expert-psychiatre, l'Office de

l'assurance-invalidité a rendu les décisions formelles de suppression de rente, avec effet au 28 février 2018, et de refus de l'allocation pour impotent. Il a confirmé les motifs ressortant déjà de ses projets de décision, précisant en lien avec l'allocation pour impotent que le recourant pouvait accomplir les actes ordinaires de la vie de manière autonome.

G. Par recours de droit administratif déposé par son mandataire le 8 février 2018 (608 2018 31), le recourant conteste la décision de suppression de rente du 8 janvier 2018, concluant principalement à l'octroi d'une rente d'invalidité entière, subsidiairement à la mise en œuvre d'une nouvelle expertise médicale pluridisciplinaire et plus subsidiairement à l'octroi de trois quarts de rente, ainsi qu'à l'octroi d'une indemnité de dépens. Relevant tout d'abord que son droit à une demi-rente est fondé sur des motifs psychiques et que son état de santé ne s'est pas amélioré sous cet angle, mais au contraire péjoré, il soutient que les conditions d'une révision du droit à la demi-rente par la suppression de celle-ci ne sont pas remplies. Il ajoute que même si une amélioration de son état de santé psychique devait être retenue, il faudrait constater que les troubles physiques entraînent à eux seuls une incapacité de travail d'au moins 50% dans une activité adaptée, ce qui conduit à un taux d'invalidité arrondi à 62% en comparant le revenu de valide qui s'élève selon lui après indexation à CHF 73'664.56 et le revenu qu'il pourrait encore réaliser à 50% dans une activité de chauffeur livreur estimé à CHF 28'194.04 en tenant compte d'un abattement de 20%.

Le 21 février 2018, le recourant a versé une avance de frais de CHF 800.-.

Dans ses observations du 10 avril 2018, l'Office de l'assurance-invalidité conclut au rejet du recours, se référant au dossier ainsi qu'à la décision attaquée.

H. Par recours de droit administratif séparé déposé par son mandataire le 8 février 2018 (608 2018 32), le recourant conteste également la décision du 8 janvier 2018 lui refusant une allocation pour impotent, concluant principalement à l'octroi d'une allocation pour impotent de degré moyen, subsidiairement au renvoi de la cause à l'Office de l'assurance-invalidité pour instruction complémentaire, ainsi qu'à l'octroi d'une indemnité de dépens. A l'appui de sa position, il affirme en substance qu'il nécessite en raison de son état de santé une aide régulière et importante pour quatre actes ordinaires de la vie, soit pour se vêtir et se dévêtir, pour les soins du corps, pour manger et pour aller aux toilettes.

Le 21 février 2018, le recourant a versé une avance de frais de CHF 400.-.

Dans ses observations du 10 avril 2018, l'Office de l'assurance-invalidité conclut au rejet du recours, se référant au dossier ainsi qu'à la décision attaquée.

I. Par courrier du 1^{er} juin 2018, l'Office de l'assurance-invalidité produit un rapport de travail au noir, ainsi qu'un procès-verbal de contrôle mentionnant que le recourant travaille pour une entreprise de boulangerie qui se situe au rez-de-chaussée de l'immeuble où il habite et dont son frère est l'associé gérant.

Par courrier du 6 juin 2018, le recourant produit un rapport médical dont il ressort qu'il a été hospitalisé pour des raisons psychiques entre le 26 mars 2018 et le 26 avril 2018, ainsi qu'une photographie de lui-même. Il dépose également une brève détermination y relative, réaffirmant notamment que son état dépressif chronicisé engendre une incapacité de travail totale et qu'il en va de même de son obésité prenant la forme d'un tablier de Hottentot. Le 12 juillet 2018, il se détermine plus spécifiquement sur les pièces produites le 1^{er} juin 2018 par l'Office de l'assurance-

invalidité. En substance, il nie travailler pour la boulangerie en question, admettant uniquement rendre quelques services ponctuels gratuits qui ne démontrent pas une quelconque capacité de travail.

Dans une détermination du 23 juillet 2018, l'Office de l'assurance-invalidité conteste la version du recourant et relève que celui-ci est apte à travailler dans la boulangerie de son frère.

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

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

en droit

1.

Interjetés en temps utile et dans les formes légales auprès de l'autorité judiciaire compétente par un assuré directement touché par les décisions attaquées et valablement représenté, les recours sont recevables.

En application de l'art. 42 du code cantonal du 23 mai 1991 de procédure et de juridiction administrative (CPJA; RSF 150.1), il y a lieu de joindre les deux procédures de recours et de rendre un seul arrêt.

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.

2.1. 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. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, 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 2^{ème} phrase LPGA; ATF 141 V 281 consid. 3.7.1; 102 V 165; VSI 2001 p. 223 consid. 2b et les références citées; voir 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 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.

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).

Enfin, 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).

2.2. 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 LPG) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et si au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPG) 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 LPG).

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.

3.

Selon l'art. 17 LPG, 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.

3.1. 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, 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).

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*).

3.2. 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.

4.

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).

4.2. 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 1^{er} avril 2009 consid. 3.3 et les références citées).

4.3. 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).

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 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 (arrêt TF 9C_844/2009 du 29 mars 2010 consid. 4.3).

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). 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).

4.4. Lorsqu'il est constaté que la cause n'est pas suffisamment instruite au plan médical, les tribunaux cantonaux devront, en règle générale, ordonner une expertise judiciaire, à la charge de l'assureur, lorsqu'ils estimeront qu'un état de fait médical nécessite des mesures d'instruction sous forme d'expertise ou lorsqu'une expertise administrative n'a pas de valeur probante sur un point juridiquement déterminant. Un renvoi à l'assureur demeure néanmoins possible lorsqu'il est justifié par une question nécessaire demeurée jusqu'ici non éclaircie ou lorsque certaines affirmations d'experts nécessitent des éclaircissements, des précisions ou des compléments (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4).

5.

En l'espèce, le litige relatif à la suppression de la demi-rente qui avait été allouée au recourant par décision du 18 mai 2011 porte principalement sur l'évolution du taux d'invalidité du recourant, plus précisément sur l'évolution de sa capacité de travail dont découle sa capacité de gain, ce qui relève d'une appréciation médicale de sa situation.

La décision du 18 mai 2011, reconnaissant au recourant le droit à une demi-rente d'invalidité dès le 1^{er} août 2008, 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. Partant, il s'agit de comparer les

faits qui prévalaient à ce moment avec ceux existant au moment de la décision attaquée, le 8 janvier 2018. En d'autres termes, il y a lieu de vérifier si l'état de santé du recourant s'est ou non modifié entre ces deux dates au point d'entraîner une diminution ou une aggravation de sa perte de gain.

5.1. Capacité de travail et de gain au moment de la décision du 18 mai 2011.

La décision d'octroi d'une demi-rente d'invalidité est fondée sur l'existence d'une capacité résiduelle de travail de 50% dans une activité adaptée, par exemple celle de chauffeur-livreur. Elle n'expose toutefois pas clairement les atteintes à la santé qui justifient cette appréciation. Il convient dès lors de se référer aux pièces du dossier.

Suite à une chute dans les escaliers survenue en août 2007, le recourant s'est d'abord plaint de lombalgies du côté droit, avec irradiation dans le membre inférieur droit, permanentes, accentuées par la marche ou la position debout, rendant la montée d'escaliers difficile. Lors d'un séjour à C._____ qui a eu lieu fin 2007, d'autres affections ont été mises en évidence, soit une neuropathie fémorocutanée droite, des troubles dégénératifs lombaires, une bronchite aiguë virale, une obésité morbide selon l'OMS (115 kg pour 165 cm, BMI de 42 kg/m²), une dyslipidémie et un eczéma de contact aux levures. A l'occasion du même séjour, le psychiatre ayant suivi le recourant a noté une surcharge psychique en raison de dettes, du chômage et de tensions dans le couple. Il a retenu un trouble de l'adaptation avec réaction mixte anxieuse et dépressive. Toutefois, selon les médecins de C._____, tant du point de vue physique que psychique, il n'y avait alors pas d'atteinte à la santé justifiant une incapacité de travail au-delà du 4 février 2008, quand bien même il a été relevé que plusieurs facteurs pourraient jouer un rôle défavorable dans l'évolution de la situation (anxiété et dramatisation, perception élevée de la douleur et du handicap, surcharge psychique contextuelle) et être des freins à la réintégration sur le marché du travail (rapport du 18 janvier 2018 de C._____, dossier AI p. 76).

Puis, à partir de juin 2009, le recourant s'est soumis à plusieurs examens dans le cadre d'une expertise pluridisciplinaire (médecine interne, pneumologie, rhumatologie, psychiatrie) effectuée par D._____, à E._____.

Dans le rapport établi par consensus le 15 décembre 2009 (dossier AI p. 225 ss), complété le 18 octobre 2010 (dossier AI p. 340 ss), les médecins spécialistes ont notamment retenu ce qui suit du point de vue somatique:

- « à l'examen clinique, [le recourant] présente une obésité morbide [taille 165 cm, poids 118 kg, indice de masse corporelle 43.3 kg/m²; prise de 25 kg], une hypertension artérielle, une plaque érythémateuse squameuse (eczéma versus mycose) péri-ombilicale. Pas de signe d'insuffisance cardiaque. Par d'organomégalie. Bien que présentant quelques discordances, l'examen a permis de montrer une mobilité lombaire légèrement réduite et un bon équilibre. Les analyses sanguines ne montrent pas de syndrome inflammatoire. »
- « [le recourant] présente depuis 2007 des lombosciatalgies droites qui ne sont pas améliorées malgré un traitement conservateur [...]. [Il] présente donc, d'une part, une neuropathie d'enclavement du nerf fémoro-cutané droit, probablement favorisée par l'obésité [ainsi que] des troubles dégénératifs du rachis lombaire, responsables de douleurs chroniques, également favorisés par l'obésité. [...] Nous retenons des limitations pour ce qui est du port de charges et des positions contraignantes pour le rachis. Par ailleurs, il est exigible qu'[il] entame des

mesures pour perdre du poids (régime, diététicienne, médicaments, chirurgie) et qu'il poursuive les mesures d'hygiène posturale (renforcement des sangles, stretching, piscine). [...]. Les mesures devraient permettre d'éviter que la situation ne se dégrade encore davantage et devraient permettre d'augmenter la résistance physique [...]. »

- *« [le recourant] est connu pour une allergie aux farines bien documentée en 2004 et traitée par éviction [...]. »*
- *« sur le plan pulmonaire, [le recourant] présente une discrète hyperréactivité bronchique non spécifique. [...]. Le discret syndrome restrictif pulmonaire est secondaire à l'obésité. »*
- *« sur le plan cardiologique, nous apprenons que [...] le recourant a présenté un syndrome coronarien aigu en septembre 2009, donc après que nous l'ayons examiné. [Il] a bénéficié de la mise en place de stent sur l'artère coronaire circonflexe. La fonction systolique au ventricule gauche est normale. En l'absence d'information contradictoire, nous ne retenons pas de limitation significative sur le plan cardiologique, mais nous réitérons nos recommandations d'améliorer absolument l'hygiène de vie. »*

Quant au plan psychique, l'expert-psychiatre a constaté la présence d'un épisode dépressif moyen survenu depuis mai 2008 dans le contexte d'un conflit de couple et de problèmes de santé. Cela entraînait une thymie triste, des idées suicidaires, une instabilité, des angoisses et des symptômes végétatifs, avec diminution de la confiance en soi et culpabilisation. Cet épisode diminuait la capacité de travail du recourant. Toutefois, après traitement adéquat, il était susceptible de retrouver une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. A cet égard, l'expert a regretté l'interruption du traitement par psychothérapie qui avait été entamé. Il a recommandé sa reprise sous une forme adaptée, le pronostic restant bon pour une amélioration de l'épisode dépressif. Enfin, l'expert a également noté la présence d'un syndrome douloureux somatoforme persistant, préexistant à l'épisode dépressif. Il a toutefois précisé qu'après amélioration de cet épisode, un effort de volonté serait exigible du recourant afin qu'il améliore son hygiène de vie et trouve des stratégies pour surmonter ses douleurs.

En résumé, les experts de D. _____ ont retenu que le recourant était en mesure d'exercer une activité adaptée à ses limitations physiques, soit sans exposition aux farines (ancien eczéma de contact), évitant les vapeurs, poussières et changements brusques de température (hypersensibilité pulmonaire) et sans port de charges de plus de 35 kg ou mouvements contraignants pour le dos (discopathie étagée). Toutefois, en raison de l'épisode dépressif diminuant la capacité d'adaptation et l'énergie, une telle activité, par exemple celle de livreur, n'était exigible qu'à raison de 4 heures par jour (2 x 2 heures) depuis mai 2008, la situation devant être réévaluée après une année.

C'est sur la base de cette appréciation consensuelle que l'Office de l'assurance-invalidité a retenu dans sa décision d'octroi d'une demi-rente du 18 mai 2011 que le recourant avait alors une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée, telle que celle de livreur, ce qui correspondait selon son calcul à une capacité de gain (revenu avec invalidité) de CHF 29'937.-.

5.2. Evolution de la capacité de travail et de gain jusqu'au moment de la décision attaquée du 8 janvier 2018, sur le plan psychique.

5.2.1. S'agissant de l'évolution de l'état de santé psychique du recourant à partir de la décision d'octroi d'une demi-rente en 2011, il convient en premier lieu d'examiner le rapport d'expertise

établi le 15 septembre 2017 par Dr F._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie (dossier AI p. 616), sur lequel l'Office de l'assurance-invalidité s'est appuyé pour rendre sa décision de suppression de rente.

Dans ce rapport, l'expert conclut que la capacité de travail du recourant est entière sur le plan psychique, en l'absence de maladie psychiatrique incapacitante. Il précise qu'en faisant abstraction des plaintes incohérentes dues à un rôle d'invalidé, l'anamnèse du recourant permet de retenir deux épisodes dépressifs de sévérité moyenne au maximum, lors des expertises en 2009 et 2016, qui ont justifié une incapacité de travail limitée à 50% au maximum pour une activité manuelle simple, par exemple en qualité de chauffeur livreur, comme en témoignent les activités du recourant qui conduit régulièrement sa voiture, y compris sur de longues distances. Mis à part ces deux épisodes qui justifient le diagnostic de double dépression dans le cadre d'une dysthymie, les symptômes affectifs chroniques et fluctuants du recourant restent insuffisants pour conclure à une incapacité de travail durable au plan psychique. L'expert considère que le dernier épisode dépressif moyen diagnostiqué en mars 2016 ne justifie plus de retenir une incapacité de travail au plan psychique depuis août 2016, compte tenu de la capacité du recourant à entreprendre à nouveau un voyage à B._____ en été 2016.

Les conclusions de l'expert se fondent d'abord sur l'examen du dossier asséurologique qui lui a permis d'appréhender les problématiques à examiner ainsi que le contexte du cas, tant sous un angle strictement médical que selon une optique psycho-sociale plus large. L'expert a également examiné le recourant le 24 août 2017, sous la forme d'un entretien qui a duré 3 heures et demie. A cette occasion, celui-ci a été en mesure de décrire sa situation personnelle et professionnelle.

Dans son rapport, l'expert constate notamment l'absence de décompensation psychotique, d'anxiété généralisée, de trouble panique ou de trouble phobique. Il relève que les plaintes subjectives du recourant, mettant en avant sa souffrance due aux conséquences sociales d'une accumulation de problèmes de santé, son sentiment de solitude, sa peur de mourir d'une crise cardiaque et d'une aggravation ultérieure de son état de santé, sa tendance au repli à la maison par son sentiment de gêne, sa souffrance liée au manque de contacts sociaux et aux conflits avec son épouse, ou encore sa fatigue et sa perte d'intérêt par exemple pour des activités avec ses enfants, sont autant de symptômes qui peuvent laisser penser au diagnostic d'un épisode dépressif majeur. Cependant, ces plaintes montrent des incohérences avec des éléments objectivables de l'anamnèse et de l'examen. En effet, sans persistance d'un abaissement important de l'humeur, le recourant fait preuve de sa réactivité émotionnelle à des événements agréables en décrivant de manière authentique son intérêt, par exemple pour diverses émissions de télévision et la lecture sur internet. Il laisse apparaître un sens de l'humour et se montre souriant, par exemple lorsqu'il aborde son plaisir de rencontrer régulièrement son frère et de garder contact avec sa famille, entre autres lors de ses séjours à B._____. Par ailleurs, contrairement à sa plainte de fatigue, il est capable de participer activement à un examen de plus de trois heures et maîtrise des tests cognitifs, sans diminution importante de l'attention, ce qui correspond également à sa capacité de conduire régulièrement sa voiture. Enfin, il indique garder espoir d'une amélioration de sa situation, il exprime spontanément sa volonté de voir ses enfants trouver leur chemin dans la vie et il poursuit des activités positives, comme des voyages annuels à B._____, sans attitude morose ou pessimiste face à l'avenir. C'est ainsi de façon convaincante que l'expert retient qu'en faisant abstraction des incohérences, l'exploration de l'anamnèse et l'examen mettent en évidence une dépression chronique et fluctuante de l'humeur qui, au moment de l'examen, reste insuffisante pour retenir un épisode dépressif léger ou moyen.

Les conclusions du rapport du 15 septembre 2017 sont basées sur des éléments objectifs qui ressortent tant des observations de l'expert que des pièces au dossier, ainsi que sur un raisonnement détaillé et convaincant prenant en considération tant les plaintes du recourant que le contexte objectif dans lequel elles s'inscrivent.

5.2.2. Les conclusions de Dr F._____ sont contestées par le recourant qui se prévaut en particulier des rapports rédigés par ses médecins généraliste et psychiatre traitantes, ainsi que du rapport d'expertise pluridisciplinaire établi en 2016 à la demande de l'Office de l'assurance-invalidité, puis en dernier lieu du rapport établi lors de son hospitalisation au printemps 2018:

- Suite à la décision d'octroi d'une demi-rente en 2011, le suivi psychiatrique exigé par l'Office de l'assurance-invalidité a d'abord été assuré par Dr G._____, spécialiste en médecine interne générale. A ce titre, celle-ci a rempli régulièrement le formulaire correspondant qui fait ressortir des consultations régulières, sur un rythme mensuel (dossier AI p. 405), jusqu'à fin 2011. Dans un rapport médical intermédiaire établi sur formulaire le 24 janvier 2013, celle-ci indique que l'état de santé de son patient s'est aggravé progressivement depuis trois ans, avec notamment un état dépressif chronique, son état de santé psychique étant qualifié de très mauvais (dossier AI p. 437). Le 19 octobre 2017, dans un rapport établi à la demande du recourant, elle précise que l'état psychique de celui-ci s'était déjà aggravé en 2009 suite à ses problèmes cardiaques, puis une nouvelle fois en 2012 en raison d'un angor instable, puis encore plus récemment lorsqu'il a appris qu'une gastroplastie n'était pour l'instant pas possible en raison d'un poids trop important. Elle précise que son patient s'est toujours montré dépressif, affirmant même que sa vie s'était arrêtée et qu'il n'avait plus de vie et se montrant particulièrement sombre et désespéré lors de la dernière consultation, en évoquant spontanément des idées suicidaires (dossier AI p. 667).
- Dr H._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a repris le suivi psychiatrique du recourant dès le mois de mars 2012, toujours sur un rythme mensuel, puis bimensuel à fin 2014 et trimestriel dès 2015 (dossier AI p. 465, 476, 489, 490). A partir du mois d'août 2016, sur demande de l'Office de l'assurance-invalidité tendant à la mise en place d'un suivi intensif et d'un traitement médicamenteux susceptible d'améliorer la capacité de travail et de gain, le suivi a repris à un rythme bimensuel (dossier p. 552, 593, 659). Dans son rapport du 26 juin 2013, cette médecin relève que son patient souffre notamment d'une obésité qui augmente chaque mois, de constants conflits sur le plan familial, d'une grave insomnie et de troubles respiratoires nocturnes. Elle atteste la présence d'un syndrome dépressif sévère récurrent, avec des fluctuations et même des idées suicidaires très importantes exprimées clairement (dossier AI p. 449). Le 16 novembre 2017, dans un rapport établi à la demande du recourant, elle confirme un état dépressif récurrent, avec un épisode actuellement sévère en lien avec le refus d'une opération pour la pose d'un by-pass. Elle précise que son patient vit un désespoir absolu, avec de fortes idées suicidaires, qu'il a souvent présenté de telles idées avec des états d'apathie, absence d'intérêt pour sa vie, celle de son entourage. Elle ajoute pouvoir dire avec certitude que l'aggravation de son état psychique est nettement exprimée par le miroir de son état de santé physique, en particulier son obésité qui s'aggrave malgré tous ses efforts.
- Dans son rapport intégré à l'expertise pluridisciplinaire rendue le 12 mai 2016 par I._____, à J._____ (dossier AI p. 507), Dr K._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, pose le diagnostic d'épisode dépressif d'intensité moyenne à sévère, s'inscrivant dans de multiples problèmes somatiques et dans une situation familiale et conjugale apparemment très

problématique et peu évolutive. Prenant en considération un discours centré sur les plaintes, rapportant notamment des troubles du sommeil avec cauchemars, de la tristesse, une perte de sens et d'espoir, une perte d'élan vital, des idées noires et des sentiments d'indignité et de honte, ainsi que l'absence de succès du traitement mené par la psychiatre traitante, pour retenir en accord avec celle-ci que la capacité de travail est nulle depuis mars 2012.

- Le recourant a été hospitalisé pour des raisons psychiatriques entre le 26 mars 2018 et le 26 avril 2018. Cette période est postérieure à la date de la décision attaquée, de telle sorte que ce séjour en établissement hospitalier n'est pas déterminant en soi. Il n'en demeure pas moins que les rapports établis le 8 mai 2018 et le 16 mai 2018 par L. _____, médecin chef de clinique adjoint auprès de M. _____ est susceptible d'apporter un éclairage sur la période antérieure qui fait l'objet de la présente procédure de recours.

Les rapports précités font ressortir sur le plan psychique un diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, avec humeur dépressive, diminution de l'intérêt et du plaisir, perte d'élan vital et augmentation de la fatigue, perte de l'estime de soi et de la confiance en soi, idées de dévalorisation et attitude morose de l'avenir. Il est précisé que le facteur de crise actuelle est la suspension du paiement de la rente d'invalidité, en lien avec d'autres problématiques de difficultés financières, de conflits au sein du foyer, une obésité morbide, un refus de by-pass, une haute tension artérielle, un diabète, ainsi que la description d'un sentiment d'échec. L'auteur des rapports met en évidence une évolution favorable, avec notamment un réajustement du traitement médicamenteux. Prenant en compte une vulnérabilité psychique qui a tendance à se chroniciser en lien avec d'importantes limitations physiques, il estime toutefois qu'une activité professionnelle n'est pas envisageable.

Il ressort des éléments qui précèdent que les appréciations des médecins traitantes, généraliste et psychiatre, sont focalisées sur les plaintes de leur patient. Plus particulièrement, contrairement à l'expert Dr F. _____, elles ne les confrontent pas aux détails de l'anamnèse qui font apparaître des incohérences entre d'une part l'intensité et la permanence de ces plaintes et d'autre part le comportement du recourant dans les faits. Elles ne semblent pas non plus avoir cherché à vérifier, notamment par des questions ciblées, si ces plaintes en lien avec l'état de santé psychique avaient pour effet de limiter effectivement les différentes activités du recourant, ainsi que ses relations familiales et sociales. Cela s'explique notamment par le lien de confiance privilégié qui existe dans la relation thérapeutique entre le médecin et son patient. Il n'en demeure pas moins que cette absence de remise en cause des plaintes subjectives du recourant quant à son état de santé psychique relativise fortement la force probante des avis médicaux formulés par les médecins traitantes, tant généraliste que psychiatre.

Dans la même ligne, le rapport établi par l'expert Dr K. _____ n'est lui non plus pas suffisamment complet pour être convaincant. D'une part, ce spécialiste paraît lui aussi s'être référé essentiellement au discours du recourant, centré sur ses plaintes physiques et psychiques, sur ses graves difficultés familiales et sur sa description d'un isolement social quasi complet. Il n'a en particulier pas contrôlé dans l'anamnèse ou par des questions ciblées si ces déclarations subjectives pouvaient être confirmées objectivement. D'autre part, il fonde expressément son appréciation sur les constats de la psychiatre traitante, indiquant retenir en accord avec elle une capacité de travail nulle depuis le début du traitement par celle-ci, sans autre remise en question. Plus spécifiquement, il admet sans vérification particulière que le traitement en cours est effectué *lege artis* avec une tentative d'intervention sur le plan familial, sans succès, ce qui lui suffit pour

déduire que « *nous sommes donc là en présence d'une situation qui évolue défavorablement vers une désinsertion sociale qui aboutit à un isolement quasi complet* ».

Enfin, s'agissant des rapports établis suite au séjour du recourant en hôpital psychiatrique au printemps 2018, il faut relever d'emblée que cette hospitalisation est intervenue juste un peu plus de deux mois après la notification de la décision de suppression de la demi-rente d'invalidité. Cette suppression est même présentée comme le facteur de crise qui a conduit à l'aggravation de l'état de santé psychique et à la survenance d'un nouvel épisode dépressif de gravité moyenne dans le cadre d'un trouble dépressif récurrent. Par ailleurs, l'auteur précise expressément que son appréciation ne concerne que la prise en charge durant l'hospitalisation et ne porte en particulier pas sur le deuxième semestre de l'année 2017. Il met en outre en évidence que les difficultés du recourant à mener certaines activités interviennent, en plus de sa vulnérabilité psychique, dans le contexte d'une obésité morbide. Cela étant, il indique aussi que lors de l'hospitalisation, moyennant prise en charge psychiatrique intégrée, entretiens médico-intégrés et ergothérapie, ainsi qu'un réajustement du traitement médicamenteux, l'état psychique s'est progressivement stabilisé avec une amélioration de l'humeur et une nette diminution des ruminations anxieuses. Tout cela allant de pair avec un entretien de réseau avec l'épouse du recourant qui s'est montrée soutenante et bienveillante.

Ainsi, en considérant l'ensemble des rapports médicaux figurant au dossier, on constate que l'appréciation ressortant de l'expertise de Dr F. _____ – dont il a déjà été dit qu'elle est fondée sur un raisonnement détaillé et convaincant prenant en considération tant les plaintes du recourant que le contexte objectif dans lequel elles s'inscrivent – doit être privilégiée à celle des autres médecins ayant examiné l'état de santé psychique du recourant au moment de la décision de suppression de rente. Quant aux rapports postérieurs établis par Dr L. _____, ils ne concernent pas directement la période litigieuse et ils mettent en évidence que l'aggravation de l'état de santé psychique en mars 2018 est directement liée à la décision de suppression de rente. Ils ne remettent ainsi pas non plus en question les conclusions de l'expertise de Dr F. _____, tant sous l'angle du diagnostic retenu, à savoir une dysthymie avec deux épisodes dépressifs de sévérité moyenne en 2009 et 2016, que de l'absence de limitation de la capacité de travail pour des raisons psychiques.

5.2.3. Examen de la situation sur la base des indicateurs

En soi, comme il a été retenu ci-dessus que l'atteinte à la santé psychique dont souffre le recourant consiste en une simple dysthymie, soit un état dépressif chronique qui justifie certes une prise en charge psychothérapique mais qui ne limite pas sa capacité de travail, il ne serait pas nécessaire de procéder encore à une analyse de la situation sur la base des indicateurs ressortant de la jurisprudence. Rien ne s'y oppose toutefois, une telle analyse permettant de vérifier encore sous un autre angle la pertinence des conclusions de l'expertise sur lesquelles se fonde la décision attaquée. On se fondera pour cela sur une vision d'ensemble, en prenant en compte en particulier la problématique des ressources personnelles dont dispose le recourant, eu égard en particulier à sa personnalité et au contexte social dans lequel il évolue. On examinera également si les limitations alléguées se manifestent de la même manière dans tous les domaines de vie (travail et loisirs) et si la souffrance se traduit par un recours aux offres thérapeutiques existantes. A ces égards, le dossier fait ressortir les éléments suivants:

- Concernant ses ressources personnelles et le contexte familial et social dans lequel il évolue, il faut d'abord noter que le recourant est marié depuis près de 20 ans avec sa troisième épouse

et que, malgré des disputes liées notamment à des difficultés financières, celle-ci le soutient en assumant l'essentiel des tâches ménagères tout en travaillant à temps partiel. Alors que plusieurs rapports médicaux font état périodiquement de séparation en cours, voire de divorce, le couple a résisté aux épreuves et l'épouse du recourant reste un support important pour lui. Cela est confirmé en dernier lieu par le rapport du 8 mai 2018 de Dr L. _____ qui indique que celle-ci s'est montrée soutenante et bienveillante lors des entretiens de réseau. S'agissant de ses relations avec ses sept enfants, il ressort en particulier du rapport d'expertise du 15 septembre 2017 qu'il s'entend bien avec ses trois enfants adultes habitant à B. _____, avec lesquels il parle de temps en temps au téléphone et qu'il rencontre régulièrement lors de ses séjours annuels dans ce pays. Il a également une bonne relation avec sa fille aînée avec qui il passe volontiers du temps. Avec ses trois autres enfants, il n'a pas de conflit, même s'il passe moins de temps avec eux car il reste à la maison et même s'ils ont un peu honte de lui à cause de son poids. Le même rapport fait également ressortir qu'il a des contacts réguliers avec sa famille à B. _____, ainsi qu'avec trois bons amis connus depuis 20 ans, dont deux habitent à Bulle et un à Fribourg, qu'il rencontre plusieurs fois par semaine son frère après le travail de celui-ci et qu'il a un grand cercle de connaissances. Ces éléments concrets permettent de conclure à l'existence d'un contexte familial et social préservé, voire harmonieux, en totale contradiction avec l'appréciation résultant de l'expertise du 12 mai 2016 qui faisait état d'une « désinsertion sociale qui aboutit à un isolement quasi complet », mais qui ne reposait sur aucune vérification concrète et qui doit ainsi être écartée.

Quant à ses activités, le recourant les décrit comme très limitées. A y regarder de plus près, on constate toutefois qu'il regarde volontiers la télévision en s'intéressant à des émissions diverses (« je m'intéresse à tout »), qu'il lit régulièrement les journaux N. _____, qu'il utilise régulièrement internet pour chercher des informations, qu'il rencontre régulièrement des amis, qu'il se rend de temps en temps à Fribourg dans un café turc, qu'il conduit sans peine sa voiture, notamment pour des trajets de 30 à 40 minutes, mais également lorsqu'il se rend chaque été à B. _____, en passant à l'aller et au retour par le village de son épouse, à O. _____, ce qui représente des milliers de kilomètres et plus de trente heures de voyage.

Il faut encore ajouter que, même s'il ne semble pas l'avoir indiqué aux médecins qui l'ont examiné, le recourant a exercé à tout le moins une certaine forme d'activité au service de la boulangerie qui se situe dans le même bâtiment que celui où se trouve l'appartement loué par sa famille. Cette boulangerie était exploitée par la société P. _____ SARL qui a été inscrite au registre du commerce le 12 janvier 2011 et qui a été déclarée en faillite le 18 décembre 2018. Cette société a été fondée par l'épouse du recourant, celle-ci ayant notamment apporté des installations et autre matériel de boulangerie, ainsi que deux véhicules, pour un montant de CHF 34'000.-, avant d'être reprise par le frère du recourant. Cela étant, selon un premier rapport établi le 2 mai 2011 par l'Inspection du travail au noir en lien avec un contrôle effectué dans la boulangerie en question (dossier AI p. 384), une des personnes qui travaillait sur place a indiqué aux inspecteurs qu'elle allait « chercher le patron » et les inspecteurs se sont ensuite entretenus avec le recourant et son épouse. Certes, celle-ci a indiqué que c'était elle qui dirigeait l'entreprise et que son mari n'y travaillait pas, mais qu'il était juste là pour assurer la traduction. Il ressort néanmoins du rapport que c'est le recourant – parlant le français alors que son épouse parlait principalement allemand – qui a donné toutes les informations demandées. Par ailleurs, selon un second rapport du 4 avril 2018 et un procès-verbal du 22 février 2018 produits dans la procédure de recours, lors d'un contrôle de la même boulangerie le

1^{er} février 2018, le recourant a admis assurer la traduction en français lors des contacts entre son frère et les autorités administratives fribourgeoises et prendre parfois les commandes pour la boulangerie car le numéro de téléphone de son appartement est le même que celui de la boulangerie. Puis, confronté au fait qu'il avait été contrôlé par la police le 3 février 2018 à Q. _____ avec des caisses de pain dans sa voiture, il a expliqué qu'il s'agissait d'une erreur de livraison et qu'il ramenait ces caisses à la boulangerie. Il a toutefois nié effectuer un véritable travail ou exercer des responsabilités pour celle-ci (voir également ordonnance de non-entrée en matière du 22 juin 2018 constatant qu'il ne pouvait être retenu que le recourant avait personnellement engagé ou employé les ressortissants étrangers sans autorisation de travail interpellés par la police le 1^{er} février 2018). Quoi qu'il en soit de la nature et de l'ampleur des services rendus par le recourant à l'entreprise de son frère, il n'en demeure pas moins que ceux-ci sont autant d'éléments attestant qu'il est en mesure d'effectuer des démarches pour aider celui-ci sur le plan administratif (contacts avec les autorités), commercial (prises de commandes) et opérationnel (transport de marchandises).

- s'agissant de l'utilisation des offres thérapeutiques existantes, il résulte des rapports figurant au dossier que, à tout le moins avant l'intervention de l'Office de l'assurance-invalidité en juin 2016, le recourant se rendait en consultation chez sa psychiatre traitante à des intervalles de plus en plus espacés (entre deux et trois mois) et que les médicaments prescrits l'étaient à un dosage relativement modeste, peu compatible avec la dépression dont faisaient état ses médecins. A cet égard, on peut relever que lors de son hospitalisation au printemps 2018 pour un épisode dépressif de gravité moyenne, cette médication a été adaptée de façon significative (rapport du 8 mai 2018, dossier judiciaire p. 7).
- Quant aux limitations alléguées, il a déjà été vu ci-dessus que le recourant est en mesure, quoi qu'il en dise dans son recours, d'avoir des relations sociales préservées avec son entourage et de rendre à tout le moins certains services de divers types au sein de l'entreprise de son frère.
- Enfin, il doit encore être relevé que, dès les premiers examens réalisés en 2008 lors du séjour du recourant auprès de C. _____, les médecins ont relevé l'existence de plusieurs facteurs non médicaux qui étaient susceptibles de jouer un rôle défavorable dans l'évolution de la situation, notamment une tendance à la dramatisation, une perception élevée de la douleur et du handicap, ainsi qu'un contexte de dettes, de chômage et de tensions dans le couple (dossier AI p. 79). Cette tendance à la dramatisation et à une certaine exagération des symptômes a également été mise en évidence par la suite. Ainsi, en 2009, l'expert-rhumatologue relevait dans le rapport pluridisciplinaire établi par D. _____ qu'il existait des discordances entre les plaintes du recourant, son attitude démonstrative et geignarde à l'examen clinique et un status rachidien avec lésions dégénératives discrètes (voir résumé établi par le SMR le 4 mars 2010, dossier AI p. 299). Certaines incohérences ressortent également de l'examen clinique effectué dans la même expertise pluridisciplinaire: « Distance doigts-sol 50 cm, cependant, en fin d'examen, il a réussi à toucher sa cheville pour me montrer le trajet douloureux, tout en restant avec le genou tendu »; « la station monopodale est difficile à tenir sur le pied droit. Cependant, il a remis son pantalon en station debout sans trouble de l'équilibre ». Enfin, la même attitude comprenant également une forme d'auto-limitation a également été constatée entre autres par l'expert F. _____ en 2017 lors de son examen clinique qui conclut que « les particularités de fonctionnement [du recourant] favorisent l'adoption d'un rôle passif d'invalidé expliquant le cortège de plaintes dramatiques contrastant avec les éléments objectivables de son anamnèse » (dossier AI p. 638).

L'ensemble de ces éléments conforte la conclusion déjà retenue selon laquelle les troubles psychiques dont souffre le recourant n'étaient pas suffisamment importants – au moment de la décision du 8 janvier 2018 supprimant sa demi-rente d'invalidité – pour le limiter dans sa capacité de travail. Sa capacité de gain s'était ainsi sensiblement modifiée sous cet angle depuis la décision d'octroi de cette demi-rente le 17 juin 2011. Il reste dès lors à examiner ce qu'il en est de l'évolution de la situation du recourant sur le plan physique durant le même intervalle.

5.3. Evolution de la capacité de travail et de gain jusqu'au moment de la décision attaquée du 8 janvier 2018, sur le plan physique.

5.3.1. S'agissant de l'évolution de l'état de santé physique du recourant à partir de la décision d'octroi d'une demi-rente en 2011, il faut d'emblée constater que son obésité s'est aggravée. En effet, alors qu'il pesait 118 kg selon les données ressortant du rapport d'expertise pluridisciplinaire du 15 décembre 2009, son poids a ensuite augmenté. Il était de 138 kg en février 2013, 133 kg en juin 2015, puis 140 kg début 2016, selon le rapport d'expertise pluridisciplinaire du 12 mai 2016 (dossier AI p. 499).

Dans son rapport du 4 décembre 2017, Dr R. _____, spécialiste en médecine générale auprès du SMR, constate toutefois que, du strict point de vue somatique, les limitations fonctionnelles décrites par les médecins traitants, ainsi que par les experts de I. _____ en 2016, demeurent identiques à celles constatées par le passé (au moins depuis la première expertise de 2009). Sur cette base, au vu de l'ensemble de la symptomatologie dont souffre le recourant, il retient que, malgré l'obésité très importante et ses atteintes aux membres inférieurs, une activité sédentaire, notamment en position assise avec possibilité de changement de position et courts déplacements sur terrain plat, sans port ni soulèvement de charges relativement lourdes, devrait pouvoir être exercée sans limitation de temps ni diminution de rendement.

Il convient de vérifier si cette appréciation peut être confirmée au regard des rapports médicaux auxquels elle fait référence.

5.3.2. S'agissant des troubles articulaires dont souffre le recourant, Dr S. _____, médecin-chef auprès de la Clinique de chirurgie orthopédique de T. _____, indique dans son rapport du 24 octobre 2017 qu'il suit le recourant dans le contexte d'une gonarthrose bilatérale. Il relève l'existence de la surcharge pondérale majeure, avec troubles dégénératifs axiaux multiples. Il mentionne en particulier une symptomatologie de lombosciatologies à bascule, ainsi que des gonalgies bilatérales. Il confirme plus spécifiquement encore, après bilan radio-clinique, une gonarthrose tri-compartimentale au décours, sans indication toutefois à la mise en place d'une prothèse (dossier AI p. 671).

En lien avec ces mêmes troubles, le médecin rhumatologue qui s'est prononcé en 2016 dans le cadre de l'expertise pluridisciplinaire a déjà fait des constats comparables. S'agissant des plaintes du recourant, il a relevé qu'il souffrait en particulier de lombalgies paraissant et augmentant en intensité dès toute station debout supérieure à 5 minutes, la marche de plus de 150 mètres d'affilée étant déclarée comme impossible, avec une situation assise devenant vite inconfortable, avec de la peine à trouver une position antalgique également la nuit. Cela étant, à l'examen, l'expert a constaté que le recourant se levait de la chaise de la salle d'attente sans prendre vraiment appui ni sur les accoudoirs, ni sur ses cuisses, qu'il se déplace jusqu'en salle d'examen à un rythme normal et sans boiterie particulière et qu'il ne manifeste pas d'inconfort particulier durant une discussion d'anamnèse d'un peu plus de 5 minutes. Certes, en raison de son obésité massive,

avec un impressionnant tablier de Hottentot, la marche sur les talons et la pointe des pieds peut à peine être esquissée et le saut à cloche-pied ne peut être effectué, de même que l'accroupissement et le redressement. Après l'examen, le recourant se relève tout de même de la table sans épargne lombaire véritable, avec seulement quelques difficultés liées à l'obésité et au déconditionnement physique global. En résumé, l'expert retient des lombalgies chroniques, non spécifiques, survenant dans le cadre d'une obésité massive, avec déconditionnement physique important, mais actuellement en l'absence d'éléments orientant vers une étiologie inflammatoire, tumorale, neurocompressive ou fracturaire: il existe certes des troubles dégénératifs radiologiques, ceux-ci n'expliquant toutefois pas entièrement la persistance et l'intensité des lombalgies. Du point de vue rhumatologique seul, la capacité de travail médico-théorique est ainsi complète dans une activité adaptée, sans station debout prolongée, accroupie ou à genou, sans marche de manière prépondérante ou déplacements à pied fréquents, sans course, sans déplacement en terrain irrégulier, sans montée ou descente d'escaliers et sans travaux répétitifs, monotones ou soumis à un stress de rendement (dossier AI p. 513).

Il résulte de ce qui précède que l'appréciation du médecin du SMR est conforme à celle des médecins rhumatologues et qu'elle peut être confirmée sous cet angle.

5.3.3. Concernant ensuite les troubles de nature cardiologique, l'expertise pluridisciplinaire de 2016 a fait ressortir l'existence d'une limitation cardiovasculaire difficilement évaluable, mais considérée comme sévère. Sur cette base, l'expert-cardiologue a retenu que le recourant n'était pas apte à reprendre une activité avec exigence physique mais que, sur un plan purement théorique prenant en considération uniquement les troubles cardiaques, une profession sédentaire pourrait probablement être exercée sans limitation.

Il en résulte que, même si l'expert-cardiologue relève que l'on ne peut pas simplement isoler le problème cardio-vasculaire du reste des atteintes à la santé, l'exigibilité d'une activité sédentaire légère telle que retenue par le médecin du SMR est également conforme aux limitations constatées sur ce plan dans l'expertise pluridisciplinaire de 2016.

5.3.4. Il reste enfin à examiner la problématique pulmonaire. A cet égard, le bilan fonctionnel réalisé en 2016 a montré un syndrome restrictif de degré léger, probablement secondaire à l'obésité morbide, comme c'était déjà le cas lors de l'expertise de 2009. La mention récurrente d'une dyspnée importante et d'une apnée du sommeil dans les rapports de la médecin généraliste traitante (voir notamment dossier AI p. 469, 600, 667) est compatible avec ce diagnostic.

Au plan pulmonaire, le recourant ne peut plus pratiquer une activité avec exposition aux farines, ni une activité physiquement lourde. Par contre, il est apte à exercer une activité sédentaire, sans port de charges ni exposition à la poussière de farine et au froid. Quant au taux d'activité exigible du point de vue pneumologique, l'expertise de 2016 n'est pas claire sur ce point. En effet, l'expert-pneumologue semble d'abord retenir une capacité de 55% uniquement (voir dossier AI p. 506). Toutefois, dans la mesure où ce taux semble être basé sans justification particulière sur le résultat d'une ergométrie effectuée par l'expert-cardiologue (le recourant a réussi à effectuer 55% de l'effort attendu), il ne paraît d'emblée pas pertinent. Puis, dans l'appréciation du cas, l'expertise pluridisciplinaire mentionne, dans le paragraphe concernant la problématique pulmonaire, une capacité de travail de 50% dans une activité sédentaire, sans préciser pour quelles raisons et tout en constatant à juste titre que, pour le seul problème pulmonaire, l'appréciation est superposable à celle de 2009. Or, en 2009, l'expert-rhumatologue qui s'était prononcé dans le cadre de l'expertise pluridisciplinaire avait clairement conclu que, compte tenu du déficit fonctionnel léger qui était

constaté, la capacité de travail était normale avec un rendement conservé dans une activité adaptée n'impliquant pas de contact avec des vapeurs et poussières irritantes, ni de changements brusques de température (dossier AI p. 242).

Dans ces conditions, il convient de s'en tenir au constat objectif selon lequel la problématique pulmonaire se limite à un syndrome restrictif de degré léger, superposable à celui qui existait déjà en 2009 et qui n'est pas de nature à limiter la capacité de travail dans une activité légère de type sédentaire. Il en résulte que, sur le plan pulmonaire également, l'appréciation du médecin du SMR peut être confirmée une nouvelle fois.

5.3.5. En définitive, compte tenu de ce qui précède, il sera retenu que, eu égard tant à l'absence de limitation liée à des affections psychiques qu'aux restrictions existant sur le plan somatique, une activité sédentaire, notamment en position assise avec possibilité de changement de position et courts déplacements sur terrain plat, sans port ni soulèvement de charges relativement lourdes et sans exposition à des poussières de farine, à des vapeurs ou autres poussières irritantes, peut désormais être exercée sans limitation de temps ni diminution de rendement.

Cette conclusion n'est en particulier pas remise en question par l'avis ressortant du rapport établi le 19 octobre 2017 par Dr G. _____, celle-ci reprenant pour l'essentiel les diagnostics et autres constats qui ont déjà été discutés ci-dessus, sans expliquer en quoi ces éléments empêcheraient le recourant d'exercer une activité adaptée à ses limitations d'ordre somatique.

6.

Au vu de ce qui précède, il resterait en principe à comparer le revenu que le recourant aurait pu réaliser sans les atteintes à la santé dont il se prévaut, avec celui qu'il est encore en mesure de réaliser dans une activité adaptée.

S'agissant d'abord de son revenu sans atteinte à la santé, le recourant demande qu'il soit déterminé en prenant en considération le revenu de CHF 68'712.- qui avait déjà été retenu à ce titre dans la décision d'octroi d'une demi-rente rendue en 2011, en indexant ce montant pour les années 2009 à 2015.

A cet égard, il faut toutefois relever que, contrairement à ce qui semble être admis tant par l'Office de l'assurance-invalidité que par le recourant, ce revenu de CHF 68'712.-, soit CHF 5'726.- x 12, n'est pas celui qu'il réalisait dans son ancienne profession de boulanger, mais il correspond plutôt au gain assuré retenu par l'assurance-chômage en 2008, respectivement au salaire qu'il a réalisé jusqu'au 31 mai 2007 dans une activité de chauffeur-livreur au service de la société U. _____ GmbH, à V. _____ (dossier AI p. 116), alors qu'il souffrait déjà depuis plusieurs années d'une allergie à la farine et qu'il avait pour cette raison cessé de travailler comme boulanger à partir de 2000 déjà (voir par exemple expertise pluridisciplinaire du 15 décembre 2009, dossier AI p. 229).

En lien avec ces éléments, il peut d'abord être relevé que le contrat de travail avec la société U. _____ GmbH, a pris fin en raison de la faillite de celle-ci qui a été prononcée le 3 avril 2008. Cette seule circonstance, assortie du fait que le frère du recourant était associé de cette société, permet de douter sérieusement que le recourant aurait pu continuer à réaliser un salaire de cet ordre en l'absence des atteintes à la santé qui sont survenues depuis lors.

Ensuite et surtout, il résulte des constats qui précèdent qu'avant de subir les atteintes à la santé sur lesquelles il se base pour prétendre à une rente d'invalidité, le recourant exerçait depuis

plusieurs années déjà une activité de chauffeur-livreur pour une entreprise de boulangerie, soit une activité qui non seulement reste adaptée à l'ensemble des limitations dont l'Office de l'assurance-invalidité devait tenir compte au moment de la décision attaquée, mais qui peut être à nouveau exercée à plein temps depuis que sa santé s'est améliorée sur le plan psychique.

Dans ces conditions, le recourant étant capable d'exercer à plein temps la même activité adaptée que celle qu'il exerçait déjà avant l'apparition des troubles dont il se prévaut, l'hypothèse d'une perte de gain liée à une capacité de travail qui serait réduite en raison de ces troubles peut être d'emblée exclue, sans qu'il soit nécessaire pour cela de procéder à une comparaison de revenus.

7.

En conclusion, les atteintes à la santé du recourant n'entraînant plus d'incapacité de gain suite à l'amélioration de son état de santé psychique, l'existence d'une invalidité doit être niée. C'est ainsi à bon droit que l'Office de l'assurance-invalidité a supprimé la demi-rente qui lui avait été accordée par décision du 18 mai 2011.

Quant à la date de la suppression de la rente, fixée au 28 février 2018, elle est conforme à l'art. 88^{bis} al. 2 let. a RAI.

Il en résulte que le recours contre la décision de suppression de rente sera rejeté et la décision attaquée confirmée.

7.1. 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 seront compensés avec l'avance de frais qu'il a effectuée.

7.2. Vu le sort du recours, il n'est pas alloué de dépens.

8.

Il reste à examiner la question du droit du recourant à l'allocation pour impotent qui lui a été refusée par décision du 8 janvier 2018 (cause 608 2018 32).

8.1. En vertu de l'art. 42 al. 1 LAI, les assurés impotents qui ont leur domicile et leur résidence habituelle en Suisse ont droit à une allocation pour impotent.

Est réputée impotente toute personne qui, en raison d'une atteinte à sa santé, a besoin de façon permanente de l'aide d'autrui ou d'une surveillance personnelle pour accomplir des actes élémentaires de la vie quotidienne (art. 9 LPGA et 38 RAI). Est aussi considérée comme impotente la personne majeure vivant chez elle qui, en raison d'une atteinte à sa santé, a durablement besoin d'un accompagnement lui permettant de faire face aux nécessités de la vie.

8.2. La loi distingue trois degrés d'impotence: grave, moyen ou faible (art. 42 al. 2 LAI).

L'impotence est grave lorsque l'assuré est entièrement impotent. Tel est le cas s'il a besoin d'une aide régulière et importante d'autrui pour tous les actes ordinaires de la vie et que son état nécessite, en outre, des soins permanents ou une surveillance personnelle (art. 37 al. 1 RAI).

L'impotence est moyenne si l'assuré, même avec des moyens auxiliaires, a besoin: (a) d'une aide régulière et importante d'autrui pour accomplir la plupart des actes ordinaires de la vie; (b) d'une aide régulière et importante d'autrui pour accomplir au moins deux actes ordinaires de la vie et

nécessite, en outre, une surveillance personnelle permanente; ou (c) d'une aide régulière et importante d'autrui pour accomplir au moins deux actes ordinaires de la vie et nécessite, en outre, un accompagnement durable pour faire face aux nécessités de la vie au sens de l'art. 38 RAI (art. 37 al. 2 RAI).

Enfin, l'impotence est faible si l'assuré, même avec des moyens auxiliaires, a besoin, notamment: (a) de façon régulière et importante, de l'aide d'autrui pour accomplir au moins deux actes ordinaires de la vie; (b) d'une surveillance personnelle permanente; (c) de façon permanente, de soins particulièrement astreignants, exigés par l'infirmité de l'assuré; (d) de services considérables et réguliers de tiers lorsqu'en raison d'une grave atteinte des organes sensoriels ou d'une grave infirmité corporelle, il ne peut entretenir des contacts sociaux avec son entourage que grâce à eux; ou (e) d'un accompagnement durable pour faire face aux nécessités de la vie au sens de l'art. 38 RAI (art. 37 al. 3 RAI).

8.3. Selon le ch. 8010 de la circulaire de l'OAI sur l'invalidité et l'impotence dans l'assurance-invalidité (CIIAI), les actes ordinaires de la vie les plus importants se répartissent en six domaines :

- > se vêtir, se dévêtir (éventuellement adapter la prothèse ou l'enlever);
- > se lever, s'asseoir, se coucher (y compris se mettre au lit ou le quitter);
- > manger (apporter le repas au lit, couper des morceaux, amener la nourriture à la bouche, réduire la nourriture en purée et prise de nourriture par sonde);
- > faire sa toilette (se laver, se coiffer, se raser, prendre un bain/se doucher);
- > aller aux toilettes (se rhabiller, hygiène corporelle/vérification de la propreté, façon inhabituelle d'aller aux toilettes);
- > se déplacer (dans l'appartement, à l'extérieur, entretien des contacts sociaux).

L'aide est régulière lorsque la personne assurée en a besoin ou pourrait en avoir besoin chaque jour. C'est par exemple le cas lors de crises se produisant parfois seulement tous les deux ou trois jours mais pouvant aussi survenir brusquement chaque jour ou même plusieurs fois par jour (ch. 8025 CIIAI).

Pour qu'il y ait nécessité d'assistance dans l'accomplissement d'un acte ordinaire de la vie comportant plusieurs fonctions partielles, il n'est pas obligatoire que la personne assurée requière l'aide d'autrui pour toutes ou la plupart des fonctions partielles; il suffit bien au contraire qu'elle ne requière l'aide régulière et importante d'autrui que pour une seule de ces fonctions partielles (ATF 117 V 146 consid. 2). Les fonctions partielles d'un acte ordinaire de la vie ne peuvent toutefois être prises en considération qu'une fois en tout lorsque l'assuré a besoin de l'aide d'autrui pour accomplir ces fonctions dans plusieurs actes ordinaires (arrêt TF H 270/80 du 3 novembre 1981 consid. 2b *in* RCC 1983 p. 71). En revanche, si l'accomplissement d'un acte ordinaire de la vie est seulement rendu plus difficile ou ralenti par l'atteinte à la santé, cela ne suffit pas pour conclure à l'existence d'une impotence (arrêt TF 8C_437/2009 du 3 décembre 2009 consid. 5.5).

En vertu de son obligation de diminuer le dommage, l'assuré est tenu de prendre les mesures appropriées et celles que l'on peut raisonnablement attendre de lui en vue du maintien ou du recouvrement de son indépendance, par exemple en portant des vêtements adaptés à son handicap, en utilisant des moyens auxiliaires ou des installations spéciales. Tant et aussi

longtemps que l'assuré peut accomplir un acte de la vie en prenant des mesures telles que celles précitées, soit sans l'aide d'autrui, les conditions de l'impotence ne sont pas réunies (ch. 8085 CIIAI et les références citées).

9.

En l'espèce, la demande d'allocation pour impotent, déposée le 5 décembre 2016, était fondée sur l'allégation d'un besoin régulier de l'aide de son épouse, à hauteur de 40 heures par semaine, pour deux actes ordinaires de la vie, soit pour se vêtir/se dévêtir et pour les soins du corps (dossier AI p. 577). Dans son rapport y relatif du 7 avril 2017, Dr G. _____, médecin généraliste traitante, confirmait les indications figurant dans la demande, en rappelant les diagnostics d'obésité stade III, diabète II, apnées du sommeil et cardiopathie ischémique (dossier AI p. 600). Le 19 octobre 2017, elle précisait encore ce qui suit: « *en raison de son obésité morbide, [le recourant] est limité par une dyspnée importante, ainsi que par des gonalgies et des lombalgies. La marche est limitée à 100 mètres, la position assise est également limitée à 1 heure environ. La position couchée n'est pas toujours confortable. La montée des escaliers est limitée à ½ étage. De plus, en raison de son obésité et particulièrement de son tablier de Hottentot, certains mouvements sont impossibles: s'accroupir, mettre des chaussettes, ... [...]* » (dossier AI p. 667).

Dans la présente procédure, le recourant soutient désormais qu'il nécessite depuis 2009 une aide régulière et importante pour quatre actes ordinaires de la vie, soit non seulement pour se vêtir/se dévêtir et pour les soins du corps, mais également pour manger et aller aux toilettes. Il précise à cet égard que, depuis 2009, il est incapable de se baisser pour mettre son pantalon, ses sous-vêtements et ses chaussettes en raison de son obésité et de son tablier de Hottentot. Il lui est également impossible de préparer ses repas seul, étant donné qu'il ne peut pas rester debout de façon prolongée en raison de ses lombalgies. Lorsqu'il va aux toilettes, il a besoin d'aide pour nettoyer ses parties intimes, pour remettre son pantalon et ses sous-vêtements. Son épouse doit l'aider lorsqu'il se douche. Elle doit également lui raser les aisselles puisqu'il est dans l'impossibilité de le faire seul.

9.1. Dans une approche générale, il convient d'abord de relever avec le recourant que ce n'est pas l'existence d'un degré d'invalidité donnant droit à une rente qui constitue le critère déterminant pour juger de l'existence d'une impotence, mais bien l'existence d'une atteinte à la santé qui entraîne un besoin permanent de l'aide d'autrui ou d'une surveillance personnelle pour accomplir des actes élémentaires de la vie quotidienne. Il faut ensuite constater qu'en l'espèce, c'est pour l'essentiel l'existence de la forte obésité du recourant – avec un très important tablier de Hottentot – qui réduit en partie sa mobilité. Pour le reste, les autres affections dont il souffre, tant au niveau rhumatologique, cardiologique que pneumologique, ne sont en effet pas de nature à limiter l'accomplissement des actes de la vie:

- s'agissant plus particulièrement des lombalgies et autres douleurs articulaires, il ressort du dossier qu'elles ne l'empêchent pas de se déplacer à un rythme normal et de mouvoir ses bras et ses jambes sans difficulté particulière. A titre illustratif, on peut noter que lors de l'examen rhumatologique du 23 mars 2016 effectué dans le contexte d'une expertise pluridisciplinaire, il a été constaté que le recourant s'est levé de la chaise de la salle d'attente sans prendre vraiment appui sur les accoudoirs ni sur ses cuisses et qu'il s'est déplacé jusqu'en salle d'examen à un rythme normal sans boiterie particulière (dossier AI p. 511). On peut également relever que lors de l'expertise psychiatrique du 15 septembre 2017, il confirme être capable de conduire une voiture, en précisant qu'il peut changer de vitesses sans problème (dossier AI p. 631).

- quant aux affections d'ordre cardiologique et pneumologique, elles limitent essentiellement le recourant dans sa résistance à l'effort et dans son endurance. Rien n'indique par contre qu'elles pourraient réduire sa capacité à effectuer, cas échéant lentement, les mouvements de base nécessaires notamment pour se vêtir, manger, se laver ou aller aux toilettes. Il en va du reste à l'évidence de même s'agissant du diabète également mentionné par le certificat médical établi le 19 octobre 2017 par sa médecin généraliste traitante.

9.2. De façon plus spécifique, les difficultés, respectivement le besoin d'aide du recourant en lien avec les quatre actes ordinaires de la vie qu'il met en évidence dans son recours, peuvent être évalués comme suit:

9.2.1. *Se vêtir, se dévêtir*

Selon le ch. 8014 CIIAI, il y a impotence lorsque l'assuré ne peut lui-même mettre ou enlever une pièce d'habillement indispensable ou une prothèse.

A cet égard, le recourant affirme qu'il est incapable de mettre ses chaussettes. Il indique également être incapable de se baisser pour mettre son pantalon, ses sous-vêtements et ses chaussettes.

S'agissant d'abord des chaussettes, il peut être admis que l'obésité du recourant rend difficile leur enfilage. En effet, même en position assise sur une chaise, il est probablement malaisé pour celui-ci d'atteindre le même pied avec ses deux mains en même temps. Toutefois, il peut être attendu qu'il surmonte ces difficultés en utilisant au besoin un des nombreux modèles d'enfile-bas qui peuvent être trouvés aisément et à bon compte dans les commerces spécialisés en orthopédie. On ne voit en effet pas pour quelle raison le recourant, qui dispose d'une mobilité conservée des bras et des jambes, ne serait pas en mesure d'utiliser efficacement un tel moyen auxiliaire.

Quant au pantalon et aux sous-vêtements, le seul fait que le recourant ait des difficultés à se baisser ne constitue pas non plus un obstacle insurmontable. Rien ne s'oppose en effet à ce qu'il enlève et enfille ces vêtements en position assise, au besoin progressivement une jambe après l'autre, voire en position couchée. A cet égard, il est du reste significatif de constater que le recourant est en mesure d'effectuer certaines tâches qui lui paraissaient d'abord impossibles, comme le fait de ramasser son pantalon après l'avoir laissé tomber au sol (voir rapport d'expertise du 12 mai 2019 p. 511).

Il en résulte que le recourant peut se vêtir et se dévêtir sans l'aide d'autrui moyennant certaines adaptations de stratégie, voire en utilisant des moyens auxiliaires simples.

9.2.2. *Manger*

Selon le ch. 8018 CIIAI, il y a impotence lorsque l'assuré peut certes manger seul, mais seulement d'une manière non usuelle (par ex. s'il ne peut pas couper ses aliments lui-même, s'il ne peut manger que des aliments réduits en purée ou s'il ne peut les porter à sa bouche qu'avec ses doigts). Il n'y a pas d'impotence si l'assuré n'a besoin de l'aide directe d'autrui que pour couper des aliments durs, car de tels aliments ne sont pas consommés tous les jours et l'assuré n'a donc pas besoin de cette aide de façon régulière ni dans une mesure considérable. En revanche, il y a impotence lorsque l'assuré ne peut pas du tout se servir d'un couteau (et donc pas même se préparer une tartine).

Il ressort de ce qui précède que l'acte ordinaire de la vie qu'est celui de manger doit être distingué de l'activité de préparation des repas. Le recourant ne peut dès lors être suivi lorsqu'il se prévaut du fait qu'il ne serait pas en mesure de préparer lui-même ses repas parce qu'il ne peut pas rester debout de façon prolongée, ce qui constitue du reste un raisonnement en lui-même discutable.

9.2.3. *Faire sa toilette*

Selon le ch. 8020 CIIAI, il y a impotence lorsque l'assuré ne peut effectuer lui-même un acte ordinaire de la vie quotidiennement nécessaire du domaine de l'hygiène corporelle (se laver, se coiffer, se raser, prendre un bain ou se doucher).

A cet égard, étant rappelé que le recourant conserve une assez bonne mobilité des jambes et des bras, son obésité prenant essentiellement la forme d'un tablier de Hottentot, on ne voit pas pour quelle raison il ne serait pas capable de procéder à sa toilette quotidienne sans l'aide d'un tiers, au besoin en adoptant certaines stratégies adaptées, par exemple en se douchant assis sur un siège lorsqu'il se lave la partie inférieure du corps ainsi que le ventre. A cet égard, on peut du reste relever que lorsqu'il décrit ses habitudes quotidiennes dans le cadre de l'expertise psychiatrique du 15 septembre 2017, le recourant indique se lever vers 8 heures, aller aux toilettes et se laver et s'habiller, sans affirmer que son épouse devrait l'aider pour un de ces actes, ce qui ne serait du reste pas possible chaque jour puisque celle-ci travaille parfois le matin (dossier AI p. 630).

Quant à l'acte de se raser les aisselles, il n'est pas quotidiennement nécessaire, de telle sorte qu'il n'y a pas lieu de tenir compte de l'aide qui serait éventuellement nécessaire pour l'accomplir.

9.2.4. *Aller aux toilettes*

Enfin, selon le chiffre 8021 CIIAI, il y a impotence lorsque l'assuré a besoin de l'aide d'un tiers pour vérifier son hygiène, pour se rhabiller, pour s'asseoir sur les toilettes ou pour s'en relever.

Sur ce point également, il faut relever que le recourant n'indique pas lorsqu'il décrit ses journées que son épouse ou un tiers devrait l'aider pour aller aux toilettes. Certes, il mentionne lors de l'expertise pluridisciplinaire de 2016 « une difficulté de s'essuyer lorsqu'il va aux toilettes ». Cette seule mention ne signifie toutefois pas que cet acte est impossible pour lui. Cela serait du reste incompatible avec la grande autonomie dont il fait preuve en voyageant seul, par exemple lorsqu'il se rend à Fribourg, mais aussi lorsqu'il a pris seul l'avion pour se rendre à B. _____ au chevet de son père hospitalisé en novembre 2015 (dossier AI p. 638).

9.3. Les éléments qui précèdent, ressortant des nombreux rapports médicaux détaillés figurant au dossier, permettent de retenir comme établi que, malgré les difficultés inhérentes à sa grave obésité, le recourant n'a pas besoin régulièrement de l'aide de son épouse ou d'un tiers pour accomplir un ou plusieurs actes élémentaires de la vie quotidienne au sens des art. 9 LPGA et 38 RAI.

Il semble au contraire bien plus vraisemblable que l'aide apportée par son épouse est liée en grande partie au rôle passif d'invalidé qu'il a progressivement adopté (voir sur ce point l'appréciation ressortant de l'expertise du 15 septembre 2017, dossier AI p. 638)

C'est ainsi à bon droit que l'octroi d'une allocation pour impotent lui a été refusé.

10. Le recours contre la décision de refus d'allocation pour impotent sera en conséquence également rejeté et la décision attaquée confirmée.

10.1. La procédure n'étant pas gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), les frais de justice, par CHF 400.-, sont mis à la charge du recourant qui succombe. Ils seront compensés avec l'avance de frais qu'il a effectuée.

10.2. Vu le sort du recours, il n'est pas alloué de dépens.

la Cour arrête :

- I. Les causes 608 2018 31 et 608 2018 32 sont jointes.
- II. Le recours (608 2018 31) est rejeté. Partant, la décision du 8 janvier 2018 de suppression de rente est confirmée.
- III. Le recours (608 2018 32) est rejeté. Partant, la décision du 8 janvier de refus d'une allocation pour impotent est confirmée.
- IV. Les frais de procédure, par CHF 800.- pour la cause 608 2018 31 et à CHF 400.- pour la cause 608 2018 32, sont mis à la charge du recourant. Ils seront compensés avec les avances de frais effectuées.
- V. Il n'est pas alloué de dépens.
- 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 19 juillet 2019/msu

Le Président :

Le Greffier-stagiaire :