

200.2018.277.AI
N° AVS
ANP/REN

Tribunal administratif du canton de Berne
Cour des affaires de langue française

Jugement du 7 novembre 2019

Droit des assurances sociales

C. Meyrat Neuhaus, présidente
M. Moeckli et C. Tissot, juges
P. Annen-Etique, greffière

A. _____
représenté par sa mère **B.** _____
recourant

contre

Office AI Berne
Scheibenstrasse 70, case postale, 3001 Berne
intimé

relatif à une décision de ce dernier du 11 janvier 2018



En fait:

A.

A. _____, né en 1974, a bénéficié en tant que mineur de prestations de l'assurance-invalidité (AI) du fait d'une prématurité et de problèmes orthodontiques. Dès l'adolescence, il a présenté une toxicodépendance en l'état contrôlée qui l'a amené à déposer une demande AI de mesures professionnelles (par la suite considérée comme retirée). Au bénéfice d'une formation de maçon (CFC obtenu en 1993), il a exercé de nombreux emplois sporadiques (aussi dans d'autres branches) entrecoupés de périodes de chômage ou d'octroi de l'aide sociale. Le 7 septembre 2002, il a été victime d'une agression au couteau qui lui a occasionné des plaies à l'abdomen et à l'avant-bras droit traitées par mode opératoire. Des tentamens médicamenteux ont également nécessité des hospitalisations en août/septembre 2002 et octobre 2003. Par demande datée du 25 octobre 2003, l'assuré a sollicité un reclassement professionnel en se prévalant d'une atteinte psychique en lien avec sa toxicodépendance ainsi que de séquelles physiques et psychiques à raison de son agression de 2002. S'appuyant sur une expertise psychiatrique établie le 22 septembre 2004, l'Office AI Fribourg lui a accordé en date des 31 octobre et 16 décembre 2005 une demi-rente d'invalidité à compter du 1^{er} septembre 2003 (pour ce qui précède: dossier [dos.] AI 8.1/889; 71.1/10 ss).

B.

Lors d'une révision du droit en août 2006, l'intéressé a invoqué qu'il avait été victime le 13 avril 2006 d'un accident de la circulation, lui ayant causé une fracture ouverte à la jambe gauche, et que son état psychique s'était péjoré après son agression de 2002. Une expertise psychiatrique a été mandatée par l'assurance-accidents (Suva) qui a pris en charge l'accident précité (rapport y relatif du 15 février 2007 et son complément du 21 mai 2007). L'Office AI Fribourg a quant à lui ordonné une expertise orthopédique rédigée le 2 juillet 2008. Du fait de l'emménagement de l'assuré dans ce nouveau canton, un mandat d'examen de mesures

professionnelles a été délégué en octobre 2009 à l'Office AI Berne par l'Office AI Fribourg. Etant donné l'échec de ses propositions, l'Office AI Berne a mis fin le 12 juillet 2010 à son mandat puis, après transfert du dossier des rentes à la caisse de compensation du canton de Berne (CCB) par la caisse homologue fribourgeoise, a prononcé le 20 avril 2011 la continuation de la demi-rente. L'Office AI Fribourg a continué d'instruire le cas en ordonnant notamment un complément à l'expertise psychiatrique précitée du 15 février 2007 (rapport y relatif du 12 avril 2012). Le service médical régional (SMR) de l'AI a également été consulté. Après s'être à nouveau vu déléguer le 13 juillet 2012 un mandat de mesures professionnelles, l'Office AI Berne a définitivement repris le dossier de l'assuré à fin juillet 2012.

C.

A l'occasion d'une nouvelle révision du droit en septembre 2014, l'assuré a indiqué souffrir, en sus de ses "troubles psychiques (angoisses, dépression) [de] douleurs dorsales très importantes", se prévalant en outre des séquelles de son traumatisme à la jambe gauche et d'une fatigue importante (carence en vitamine D). Par l'entremise du généraliste traitant, l'Office AI Berne a été informé d'un placement à des fins d'assistance (PAFA) de l'intéressé intervenu en septembre/octobre 2013 suite à une tentative de suicide médicamenteuse et alcoolique. Sur recommandation du SMR, l'office précité a ultérieurement ordonné une expertise psychiatrique dont le rapport a été établi le 7 juillet 2016. Après due préorientation contestée par l'assuré en personne puis à l'aide d'un avocat, l'Office AI Berne a formellement décidé le 11 janvier 2018 de supprimer la demi-rente AI le premier jour du deuxième mois suivant son prononcé. En substance, cet office a considéré que l'état de santé de l'intéressé s'était amélioré depuis la décision de confirmation de rente du 20 avril 2011 et qu'il existerait ainsi un motif de révision du droit à la rente. Il a en outre jugé réunies les conditions d'une reconsidération de cette même décision.

D.

En date du 15 mars 2018, l'Office AI Berne a transmis au Tribunal administratif du canton de Berne (TA) un écrit du 1^{er} février 2018 de la mère de l'assuré invoquant une violation du droit d'être entendu de son fils, la propre réponse dudit office du 13 février 2018 à ce courrier ainsi que deux autres courriers liés à la transmission d'une procuration. Par lettre du 21 mars 2018, la juge instructrice a exposé à la mère de l'intéressé les conditions à remplir en vue d'un recours en bonne et due forme et l'a informée qu'à défaut d'un tel recours d'ici au 13 avril 2018, elle ne donnerait aucune autre suite à son écrit du 1^{er} février 2018. A réception d'un courrier du 22 mars 2018 de celle-ci s'étant croisé avec sa propre lettre, la juge instructrice lui a apporté d'autres précisions le 23 mars 2018. En date du 12 avril 2018, l'assuré, par sa mère, a complété son recours et a produit une procuration. Le 25 avril 2018, il a en outre fait parvenir au Tribunal une requête d'assistance judiciaire et une requête (acceptée par la juge) de report du terme imparti pour produire un rapport médical orthopédique. Ce dernier a été transmis au TA le 28 mai 2018. Dans sa réponse du 2 juillet 2018, l'intimé a conclu à l'irrecevabilité du recours et à son rejet en cas de recevabilité, sans octroi de dépens et moyennant imputation au recourant des frais de procédure. Sur questions complémentaires de la juge, l'intimé s'est exprimé le 30 juillet 2018 sur sa compétence à raison du lieu pour rendre la décision contestée. De son côté, le recourant a spontanément apporté certaines précisions le 12 juillet 2018, puis a réagi le 15 août 2018 au courrier précité de l'intimé.

En droit:

1.

1.1 La décision du 11 janvier 2018 représente l'objet de la contestation; elle ressortit au droit des assurances sociales et, avec effet au premier jour du deuxième mois suivant sa notification, prononce la suppression de la

demi-rente versée au recourant depuis le 1^{er} septembre 2003. L'objet du litige porte sur l'annulation de cette décision et la continuation de la demi-rente.

1.2 La compétence à raison du lieu de l'autorité intimée doit préalablement être examinée. En vertu de l'art. 55 phr. 1 LAI, l'office AI compétent est, en règle générale, celui du canton dans lequel l'assuré est domicilié au moment où il exerce son droit aux prestations. L'art. 40 al. 3 du règlement fédéral du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI, RS 831.201) précise en outre que l'office AI compétent lors de l'enregistrement de la demande le demeure généralement durant toute la procédure. Au présent cas, l'Office AI Fribourg saisi de la demande de prestations du 25 octobre 2003 a donné à deux reprises mandat à l'Office AI Berne d'examiner la possibilité de mesures professionnelles chez l'assuré. Du fait du transfert du dossier des rentes le 6 avril 2011 à la CCB par la caisse homologue fribourgeoise, l'intimé a été amené à rendre la décision du 20 avril 2011 de confirmation de la demi-rente, probablement dans le cadre de la fixation d'un droit à des prestations complémentaires (PC) pour l'assuré (dos. AI 25.1/1136-1138). Contrairement à ce qu'il allègue dans sa prise de position du 30 juillet 2018 devant le TA (p. 2 ch. 3), l'office intimé ne s'est toutefois définitivement saisi du dossier qu'après le second mandat de mesures professionnelles donné le 13 juillet 2012 par l'Office AI Fribourg, respectivement le transfert définitif par ce dernier à son attention du dossier AI à fin juillet 2012 (dos. AI 25.1/1 et 1145). Si une certaine confusion a ainsi pu régner jusqu'à cette dernière date du fait de cet enchevêtrement d'attributions, la compétence territoriale de l'intimé pour rendre la décision contestée de suppression de rente ne fait pour autant pas défaut. En effet, selon la jurisprudence du Tribunal fédéral (TF), une décision émanant d'une autorité territorialement incompétente n'est pas frappée d'emblée de nullité (seulement prononcée dans les cas les plus évidents), mais sujette à annulation. De plus, si les tribunaux cantonaux examinent d'office leur propre compétence ainsi que celle des instances inférieures, ils peuvent renoncer à une telle annulation lorsque les parties ne se plaignent pas de l'incompétence de l'autorité intimée et que le renvoi à l'autorité compétente constituerait un inutile détour, la cause étant en l'état d'être jugée (ATF 142 V 67 c. 2.2 avec références citées; arrêts [TF]

1C_125/2015 du 17 juillet 2015 c. 2.4 et 9C_891/2010 du 31 décembre 2010 c. 2.2 avec références citées). Or, ces dernières constellations sont bien réalisées en l'espèce puisque le recourant ne s'est jamais prévalu de l'absence de compétence à raison du lieu de l'intimé et que l'affaire est matériellement prête à être jugée (voir en ce sens également la prise de position du 30 juillet 2018 de l'intimé, p. 2 ch. 2). Il s'ensuit qu'un renvoi à l'instance compétente ne représenterait au présent cas qu'une vaine formalité et ne se justifie donc pas.

1.3 Sous l'angle de la recevabilité du recours a été invoquée par l'intimé la question du respect du délai de recours. D'emblée l'on rappellera qu'aux termes de l'art. 61 al. 1 let. a de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1), la procédure devant le tribunal cantonal des assurances doit notamment être simple. Aussi, dans la pratique, il convient de ne pas poser d'exigences trop hautes quant à la forme et au contenu d'un recours (ATF 117 la 126 c. 5c, 116 V 353 c. 2b). Par ailleurs, dans les limites de leur domaine de compétence, les assureurs et les organes d'exécution des diverses assurances sociales sont tenus de renseigner les personnes intéressées sur leurs droits et obligations (art. 27 al. 1 LPGA). Au présent cas, l'assuré, par l'entremise de sa mère, s'est adressé à l'intimé dans un courrier du 1^{er} février 2018 réceptionné le 5 février 2018 par ce dernier, à savoir dans le délai légal de 30 jours qui était ouvert pour recourir contre la décision AI rendue le 11 janvier 2018. L'intimé ne lui a répondu qu'en date du 13 février 2018 et a transmis l'écrit de l'assuré au TA le 15 mars 2018 seulement (avec les courriers relatifs à la procuration). A l'appui de son courrier du 13 février 2018, l'Office AI Berne a certes correctement informé la mère du recourant de la nécessité d'une procuration aux fins de représenter son fils et a renvoyé aux éclaircissements relatifs aux moyens de droit qu'il avait précédemment apportés à ce dernier par l'entremise de son ancien avocat. Le même office n'a en revanche nullement mis en garde l'assuré quant aux autres exigences minimales que devait remplir son recours, ni ne lui a imparti un délai convenable pour combler les lacunes en l'avertissant qu'en cas d'inobservation le recours serait écarté. Dès lors que le recours a pu être amélioré devant le TA dans le délai supplémentaire imparti à cet effet et qu'il a au surplus été interjeté dans les (autres) formes prescrites, par

une partie disposant de la qualité pour recourir ainsi que représentée par sa mère dûment légitimée comme mandataire, il est recevable (art. 56 ss de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, LPGA, RS 830.1, et art. 15 al. 4 in initio et 74 ss de la loi cantonale du 23 mai 1989 sur la procédure et la juridiction administratives, LPJA, RSB 155.21).

1.4 Le jugement de la cause incombe à la Cour des affaires de langue française du TA, dans sa composition ordinaire de trois juges (art. 54 al. 1 let. c et 56 al. 1 de la loi cantonale du 11 juin 2009 sur l'organisation des autorités judiciaires et du Ministère public, LOJM, RSB 161.1).

1.5 Le Tribunal examine librement la décision contestée et n'est pas lié par les conclusions des parties (art. 61 let. c et d LPGA; art. 80 let. c ch. 1 et 84 al. 3 LPJA).

2.

2.1 L'invalidité est l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA). Elle peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al.1 de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité, LAI, RS 831.20). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation (art. 7 al. 1 LPGA).

Selon l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins et à trois quarts de rente s'il est invalide à 60%. Pour un degré d'invalidité de 50% au moins, l'assuré a droit à une demi-rente et pour un degré d'invalidité de 40% au moins, il a droit à un quart de rente.

Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements

et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA). La comparaison des revenus s'effectue, en règle générale, en chiffrant aussi exactement que possible les montants des deux revenus hypothétiques et en les comparant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité. Dans la mesure où ces revenus ne peuvent être chiffrés exactement, ils doivent être estimés d'après les éléments connus dans le cas particulier, après quoi l'on compare entre elles les valeurs approximatives ainsi obtenues (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 128 V 29 c. 1, 104 V 135 c. 2b; SVR 2017 IV n° 70 c. 2.2).

2.2 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 (art. 17 al. 1 LPGA). Constitue un motif de révision tout changement sensible de la situation réelle propre à influencer le degré d'invalidité, donc le droit à la rente (ATF 134 V 131 c. 3). La rente d'invalidité peut ainsi être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais également lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain (ou l'accomplissement des travaux habituels) ont subi un changement notable; en outre, une évolution dans les travaux habituels peut aussi constituer un motif de révision (ATF 130 V 343 c. 3.5, 117 V 198 c. 3b; VSI 1997 p. 298 c. 2b). Lorsque la rente a déjà été révisée ou confirmée antérieurement, il s'agit de prendre comme base temporelle de comparaison, la dernière décision entrée en force reposant sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits (médicaux) pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit (la comparaison des revenus n'ayant toutefois dû être pratiquée que s'il existait des indices d'une modification des conséquences exercées par l'état de santé sur la capacité de gain; ATF 133 V 108 c. 5.4).

2.3 L'assureur peut revenir sur les décisions ou les décisions sur opposition formellement passées en force lorsqu'elles sont manifestement erronées et que leur rectification revêt une importance notable (art. 53 al. 2 LPGA). La reconsidération sert de correctif postérieur à l'application du

droit ou à la constatation de faits initialement erronée de l'administration (ATF 117 V 8 c. 2c; SVR 2018 IV n° 33 c. 5.3; TF 9C_396/2012 du 30 octobre 2012 c. 2.1).

2.4 Une atteinte à la santé psychique importante et pertinente en droit de l'assurance-invalidité n'existe que si le diagnostic, lors d'un examen sur un premier niveau, résiste aussi aux motifs d'exclusion selon l'ATF 131 V 49, qui ont trop peu été pris en considération en pratique. Il n'existe en général aucune atteinte à la santé assurée lorsque la limitation de la capacité d'exécuter une tâche ou une action repose sur une exagération ou une manifestation analogue (ATF 127 V 294 c. 5a), il ne saurait être question d'une atteinte à la santé assurée. Partant, dans une telle situation, un droit à une rente doit être exclu, même si les critères de classification d'un trouble psychique sont réalisés (cpr. art. 7 al. 2 1^{ère} phr. LPGA). Si une atteinte à la santé assurée doit être reconnue même sous l'angle des motifs d'exclusion, il y a lieu alors de procéder sur un second niveau, à l'aide d'une grille d'évaluation normative et structurée fondée sur un catalogue d'indicateurs, à une évaluation symétrique sans résultat prédéfini de la capacité de travail raisonnablement exigible de la personne assurée, en tenant compte d'une part des facteurs de contrainte restreignant la capacité de travail et du potentiel de compensation (ressources) d'autre part (ATF 141 V 281 c. 3.6). Cela vaut pour l'ensemble des troubles psychiques (ATF 143 V 418 c. 7.2).

2.5 Pour pouvoir évaluer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, en cas de recours) a besoin de documents que le médecin et 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 fournies par le médecin constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore exiger de l'assuré (ATF 140 V 193 c. 3.2, 132 V 93 c. 4; SVR 2018 IV n° 27 c. 4.2.1).

Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge des assurances sociales doit, quelle que soit leur provenance, examiner l'ensemble des moyens de preuve de manière objective et décider s'ils permettent de trancher la question des droits litigieux de manière sûre. En

particulier, le juge ne saurait statuer, en présence de rapports médicaux contradictoires, sans avoir examiné l'ensemble des preuves disponibles et sans indiquer les motifs qui le conduisent à retenir un avis médical plutôt qu'un autre (ATF 143 V 124 c. 2.2.2, 125 V 351 c. 3a). La valeur probante d'un rapport médical dépend du fait que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Ainsi, ni la provenance du moyen de preuve, ni l'appellation du mandat confié au médecin (rapport ou expertise) ne sont déterminantes pour la force probante d'un tel document (ATF 143 V 124 c. 2.2.2, 134 V 231 c. 5.1, 125 V 351 c. 3a).

3.

3.1 A l'appui de sa décision contestée, l'Office AI Berne a considéré, en s'appuyant sur l'expertise psychiatrique du 7 juillet 2016 mandatée par ses soins, que l'état de santé du recourant s'était à ce point amélioré depuis la décision de confirmation de rente du 20 avril 2011 qu'il n'existait en l'état plus aucun diagnostic influençant la capacité de travail. De son avis, cette dernière décision s'avérait de surcroît manifestement erronée puisque la situation médicale qui prévalait lors de son prononcé, telle que découlant de l'expertise psychiatrique du 15 février 2007, ne justifiait déjà plus un droit à une rente. La rectification de ce même prononcé revêt en outre d'après l'intimé une importance notable, de sorte que seraient réunies les conditions en vue d'une reconsidération de la décision du 20 avril 2011. En comparant un revenu annuel sans handicap de Fr. 64'451.- avec un revenu statistique d'invalidé (grévé d'un abattement de 5%) de Fr. 63'130.- par an, l'intimé évalue l'invalidité à 2% et prononce la suppression de la demi-rente avec effet au 1^{er} jour du 2^{ème} mois suivant sa décision du 11 janvier 2018.

Le recourant, quant à lui, fait grief à l'Office AI Berne d'avoir induit de l'absence d'un suivi psychiatrique récent une amélioration de son état de santé. Il reproche ensuite audit office de ne pas l'avoir fait convoquer

auprès d'un chirurgien orthopédiste pour examiner ses plaintes (jambe et dos). Ce faisant, il s'oppose à ce que sa capacité résiduelle de travail soit évaluée sur la seule base de la dernière expertise psychiatrique mandatée par l'AI. Il critique de plus le fait que l'intimé, excepté une proposition de stage qui n'était, selon lui, de toute façon pas indiqué pour ses handicaps physiques, ne l'a pas aidé à retrouver un emploi adapté. En l'état, il se dit "instable psychiquement, angoissé, peu fiable" et ne voit pas quel employeur pourrait être intéressé à l'engager au vu des seules aptitudes manuelles dont il dispose et qui seraient tenues en échec par ses restrictions physiques. Il considère que "les manquements de l'AI" ont contribué à sa situation actuelle "plutôt précaire puisqu'(...)au bénéfice de l'aide sociale".

3.2 En procédure de recours, l'assuré a produit une convocation à un examen de radiologie fixé au 20 avril 2018 (lettre y relative du 28 mars 2018 sans autre contenu médical) ainsi qu'un rapport du 15 mai 2018 relatif à une consultation le même jour auprès d'une clinique orthopédique (dossier recourant [dos. rec.] 6 et 7). En règle générale, le juge des assurances sociales apprécie la légalité de la décision attaquée d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (voir à ce sujet: c. 1.1 supra), à moins que les nouveaux rapports médicaux invoqués soient de nature à influencer sur l'appréciation au moment où la décision attaquée a été prononcée (SVR 2008 IV n° 8 c. 3.4). Au présent cas, le rapport orthopédique précité du 15 mai 2018, certes postérieur à la décision contestée du 11 janvier 2018, permet toutefois certaines déductions utiles quant à la situation qui prévalait déjà bien avant le prononcé de celle-ci. Il y aura dès lors lieu d'en tenir compte dans le cadre de l'appréciation des preuves (c. 4 et 5 infra).

4.

Les données médicales suivantes sont (potentiellement) déterminantes en vue d'une modification du droit à la rente au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA (c. 2.2 supra).

4.1 Les dernières décisions entrées en force de l'intimé reposant sur un examen matériel complet du droit à la rente ont été rendues les 31 octobre et 16 décembre 2005, moyennant, à ces dates-là, octroi au recourant d'une demi-rente d'invalidité continue depuis le 1^{er} septembre 2003. Contrairement à ce qu'avance l'intimé, sa décision ultérieure du 20 avril 2011 ne représentait pas un tel prononcé matériel. Cette décision faisait en effet bien davantage suite au changement de caisse de compensation intervenu le 6 avril 2011 entre les cantons de Fribourg et Berne, selon toute vraisemblance en vue de fixer un droit à des PC. A la même époque, l'Office AI Fribourg était du reste encore en charge du dossier AI de l'assuré et ce, également s'agissant des mesures professionnelles dont l'examen avait seulement été délégué à son homologue bernois. Ce n'est qu'à la suite du deuxième mandat de mesures de nouvelle réadaptation (MNR) confié le 13 juillet 2012 à l'intimé que l'Office AI Fribourg a définitivement transféré à ce dernier, à fin juillet 2012, le dossier de l'assuré (c. 1.2 supra). La décision présentement contestée (à l'instar de la préorientation préalable à celle-ci) fait du reste mention d'une demande AI du 28 août 2006 correspondant à la date à laquelle l'Office AI Fribourg a initié une procédure de révision (dos. 25.1/665). Toujours en lien avec la décision précitée du 20 avril 2011, il n'y a pas non plus lieu d'examiner si celle-ci doit être reconsidérée ou non puisqu'une éventuelle suppression du droit à la rente n'interviendrait de toute façon ici qu'avec effet ex nunc, c'est-à-dire postérieur à la décision (pas d'effet rétroactif; art. 85 al. 2, en relation avec l'art. 88^{bis} al. 2 let. a RAI; voir contenu de la décision contestée; c. 2.3 supra).

A l'appui de ses prononcés des 31 octobre et 16 décembre 2005 d'octroi d'une demi-rente dès le 1^{er} septembre 2003, l'Office AI Fribourg se ralliait à une expertise psychiatrique réalisée sur son mandat en mai/juin 2004 (rapport y relatif du 22 septembre 2004). Le médecin psychiatre diagnostiquait à son appui, avec influence sur la capacité de travail, un syndrome de dépendance aux opiacés sous traitement de méthadone (F11.22) présent depuis 1993 avec des périodes de rémission, un syndrome de dépendance aux benzodiazépines en utilisation continue (F13.25) remontant à 1993, un abus occasionnel d'autres substances (cannabis, cocaïne) dès 1993, une dépression récurrente depuis 2002

(épisode actuel léger) avec syndrome somatique (F33.01), des séquelles d'état de stress post-traumatique (ESPT; F43.1) à compter de septembre 2002, ainsi qu'une dyspepsie fonctionnelle suite à une perforation gastrique après une agression au couteau en septembre 2002. Sans répercussions sous l'angle de la capacité de travail était en outre rapportée une hernie hiatale en l'absence d'une œsophagite. Selon le spécialiste, l'état dépressif diminuait le rendement et rendait l'assuré sensible aux tensions et au stress (crises d'angoisses, abus ponctuels de substances, absentéismes). Intégrant à son appréciation les restrictions attestées au plan physique, le même psychiatre estimait que l'activité usuelle de maçon était encore envisageable à 50%, mais que ce taux n'apparaissait guère réaliste au vu de la perte de rendement presque totale observée depuis l'agression de 2002. De son avis en effet, les troubles abdominaux séquellaires à cette dernière, de même que l'ESPT transitoire et l'état dépressif qui en avait découlé étaient venus compromettre la stabilisation dans la polytoxicomanie jusqu'alors obtenue sous substitution à la méthadone. Enfin, l'expert indiquait qu'un reclassement était envisageable et même souhaitable dans une autre profession exigeant moins d'efforts physiques et qu'un taux d'occupation de 100% devrait être possible à terme dans cette nouvelle activité. Sur ces bases, l'intimé a retenu que l'assuré disposait d'une capacité de travail à 50% dans une activité adaptée légère, par exemple en tant qu'ouvrier de production industrielle. Après comparaison d'un revenu statistique annuel de maçon sans handicap de Fr. 63'032.46 avec un revenu statistique d'invalidé à 50% (grevé en sus d'un abattement de 10%) de Fr. 27'334.45 par an, il parvenait à un degré d'invalidité de 57%.

4.2 A la date de la décision contestée, les données médicales suivantes étaient disponibles au dossier de la cause.

4.2.1 En lien avec la procédure de révision ouverte en août 2006 postérieurement à l'accident de la circulation survenu début 2006, une expertise psychiatrique a tout d'abord été réalisée pour le compte de la Suva (rapport y relatif du 15 février 2007 et son complément du 21 mai 2007). Par comparaison avec les diagnostics retenus en 2004 (c. 4.1 supra), l'expert y a confirmé la présence dès l'adolescence d'une

polytoxicomanie en rémission partielle, d'un ESPT suite à l'agression de 2002 en l'état résorbé (gravité tout au plus subclinique), ainsi que d'un état dépressif récurrent (dysthymie) probablement antérieur à cette agression et s'ancrant sur une personnalité anxieuse de type évitant à traits limites. Il a considéré que le recourant disposait d'une capacité de travail à 100% dès le 17 janvier 2005, soulignant encore une tendance probable chez ce dernier à la dramatisation à même d'expliquer les différences d'appréciations entre le médecin expert et le médecin traitant, respectivement dans les hétéro- et auto-évaluations. Une expertise orthopédique établie le 2 juillet 2008 à l'attention de l'Office AI Fribourg a fait quant à elle état, avec répercussions sur la capacité de travail, d'un status après fracture ouverte de la jambe gauche en 2006 traitée par réduction et ostéosynthèse (Z96.7). Sur la base de ce substrat, l'expert a estimé que l'assuré était en mesure de travailler à 100% dans une activité adaptée excluant la posture debout prolongée, le port de charges au-delà de 10-15 kg ainsi que les marches prolongées et en terrain irrégulier. De son avis, ces limitations, excepté la marche en terrain irrégulier durablement empêchée en raison d'une lésion au niveau du nerf tibial postérieur, étaient de surcroît susceptibles d'atténuation, voire de résorption, une fois la consolidation de la fracture achevée.

S'appuyant sur les deux expertises précitées, un projet de décision AI - leur étant donc forcément postérieur et ainsi incorrectement daté du 23 novembre 2007 - envisageait l'octroi à l'assuré d'une rente d'invalidité entière limitée à la période du 1^{er} août 2006 au 31 juillet 2008. Cette préorientation n'a toutefois jamais été expédiée au recourant. Dans un rapport du 5 février 2009, le SMR, après avoir fait clarifier plusieurs aspects ressortissant au plan orthopédique, a estimé, en l'absence de limitations fonctionnelles d'ordre psychiatrique, qu'une activité adaptée était possible à temps complet à partir du 18 avril 2008. Après un premier entretien début mai 2009 auprès de l'Office AI Fribourg en vue d'éventuelles mesures de réadaptation professionnelle, le dossier relatif auxdites mesures a été transféré courant octobre 2009 à l'Office AI Berne (c. 1.2 et 4.1 supra). Par écrit du 9 août 2010, l'assuré a sollicité l'octroi d'une rente entière d'invalidité en invoquant l'avis de son psychiatre traitant d'alors. La décision de confirmation de la demi-rente AI rendue le 20 avril 2011 n'a pas été

contestée par l'assuré. Sur recommandation du SMR, un complément d'expertise a été ordonné par l'Office AI Fribourg auprès du médecin psychiatre mandaté courant 2006 par la Suva. Dans son expertise y relative du 12 avril 2012, ce médecin a confirmé l'existence dès le 17 janvier 2005 au moins d'une capacité de travail à 100% du point de vue psychiatrique dans l'activité usuelle exercée, en s'écartant de l'avis du psychiatre traitant qui excluait en l'état toute capacité résiduelle de travail pour des motifs aussi bien psychiques que somatiques (rapport AI du 11 mai 2011). Le 4 juin 2012, le SMR a estimé exigible de suite que l'assuré exerce à un taux de 100% un emploi adapté à ses handicaps, ce qui excluait selon ce service l'activité apprise de maçon. Dans un rapport AI des 22/23 août 2013, le généraliste traitant a fait mention d'un état de santé stationnaire et a recommandé des mesures professionnelles, précisant néanmoins que l'inactivité prolongée de son patient, son trouble dépressif et le retrait social inhérent à ce dernier, de même que les limitations physiques ensuite de la fracture du tibia et des modifications dégénératives à la colonne vertébrale lombaire compromettaient les chances d'une telle réintégration. Une lettre de sortie émanant de services psychiatriques hospitaliers a fait état le 22 octobre 2013 d'une PAFA de l'assuré dans leurs unités du 27 septembre au 3 octobre 2013 suite à une auto-intoxication par alcool, cocaïne et médicaments.

4.2.2 Dans le cadre de la procédure de révision initiée en septembre 2014, le généraliste traitant a attesté un état de santé stationnaire et défini l'activité adaptée type exigible de l'assuré, à savoir un emploi ne demandant pas de soulever des charges au-delà de 20 kg, limitant les postures debout en raison de l'état après fracture ouverte à la jambe gauche ainsi que des modifications dégénératives à la colonne vertébrale lombaire, et limitant les trajets à environ 1 km - la position assise étant en revanche possible sans restriction aucune. Ce médecin a recommandé un examen détaillé du rendement en vue de déterminer si des mesures de réadaptation étaient envisageables d'un point de vue psychique, ainsi que pour arrêter le pensum résiduel de travail cas échéant encore offert (voir son rapport AI du 21 septembre 2015). Sur les conseils du SMR une nouvelle expertise psychiatrique a été réalisée le 5 juillet 2016, puis son rapport rédigé le 7 juillet 2016. A l'appui de son expertise, le médecin

psychiatre mandaté n'a pas diagnostiqué d'affection ayant des répercussions sur la capacité de travail mais a retenu, en leur déniait toute influence du point de cette dernière, un trouble de la personnalité, sans précision (F60.9), présent depuis l'adolescence, des troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'opiacés, un syndrome de dépendance avec suivi actuel d'un régime de maintenance ou de substitution, sous surveillance médicale (dépendance contrôlée; F11.22), existant depuis 1989, ainsi qu'une dysthymie (F34.1) remontant à 2007. Sous l'angle diagnostique, ce spécialiste a précisé que le trouble de la personnalité favorise la consommation de substances psychoactives et la dysthymie, mais que cette dernière est accessible à un traitement antidépresseur. Il a posé un pronostic globalement "plutôt favorable" en attestant de ressources personnelles dans les faits supérieures à celles alléguées compte tenu d'une tendance chez le patient à la majoration des symptômes (tristesse, concentration, angoisse, énergie). En conclusion, l'expert a retenu que la capacité de travail dans l'activité usuelle ou dans toute autre activité correspondant aux aptitudes du recourant demeure entière dans l'activité usuelle depuis l'expertise psychiatrique du 15 février 2007.

4.3 Il ressort au surplus du rapport médical du 15 mai 2018 produit devant le TA (c. 3.2 supra) et émanant d'une clinique d'orthopédie le diagnostic principal d'un status après traitement d'une infection de pseudarthrose au tibia gauche associé à un status après une fracture ouverte de grade III de la jambe gauche en 2006 avec status après débridement et pose Fix-Ex le 13 avril 2006, ostéosynthèse définitive avec lambeau libre et Thierschung le 8 mai 2006, une pseudarthrose hypotrophe avec réimplantation d'un ongle et ciment vancomycin le 24 septembre 2007, des cultures de sang positives de *Candida albicans* (thérapie avec Diflucan du 24 septembre 2007 jusqu'au 25 octobre 2007), l'extraction du ciment et nouvel enclouage médullaire le 9 octobre 2007 et une guérison complète de la fracture avec un mauvais alignement du varus de 5°. A titre secondaire, les médecins consultés ont attesté de douleurs radiculaires intermittentes compensées du côté gauche avec trépanation segmentaire L3/4 et L4/5 et polytoxicomanie sous substitution à la méthadone depuis 1998, de l'hypertonie artérielle, une dépression chronique, un status après des blessures au couteau le 7 septembre 2009 (recte: 2002) avec

perforation abdominale et stomacale avec laparotomie en urgence, un manque de vitamine D3 et un chômage depuis 2006. Ils ont recommandé une reconversion professionnelle dans une activité alternant les postures, précisant que le patient leur avait donné une impression soignée et qu'il semblait motivé.

5.

5.1

5.1.1 L'expertise psychiatrique du 7 juillet 2016 rendue sur mandat de l'Office AI Berne répond à tous égards aux réquisits formels posés par la jurisprudence du TF (c. 2.5 supra). Cette appréciation médicale s'appuie à la fois sur le résultat d'un entretien avec l'assuré de 2 heures 40 et sur une étude approfondie du dossier médico-asséculo-logique restitué par larges extraits. Des anamnèses très fouillées aux plan professionnel, familial, psychosocial et psychiatrique (y inclus les antécédents familiaux), de même qu'une description par l'assuré détaillée de ses journées ainsi que de ses plaintes et symptômes contribuent en outre à ancrer l'expertise dans un contexte de vie aussi concret que possible. Au plan strictement médical, l'expert dresse un état clinique minutieux et discute longuement les diagnostics psychiatriques potentiellement concernés par l'actuelle situation clinique, respectivement motive avec force cohérence sa conclusion selon laquelle le trouble de la personnalité non spécifique présent depuis l'adolescence n'entrave pas la capacité de travail. De son avis en effet, les limitations sous forme d'inconstance ainsi que de difficulté à se responsabiliser induites par ce trouble sont réduites dans leur intensité, et les problèmes rencontrés par l'assuré à exercer un travail s'expliquent par son attitude générale dans la vie (absence de motivation, sentiment que la vie est absurde et que les choses n'ont pas de sens), laquelle n'a pas valeur de maladie psychiatrique. S'y ajoutent, selon l'expert, un déconditionnement professionnel ainsi que des conduites d'évitement et des autolimitations. Ainsi qu'il le précise encore, la polytoxicomanie est en rémission et n'induit aucune séquelle incapacitante, la dysthymie n'étant quant à elle pas non plus à l'origine d'une réduction de la capacité de

travail. En dernier lieu, l'expert apporte des réponses univoques aux (autres) points soulevés par l'intimé et aucun élément au dossier ne permet d'atténuer la portée de ses conclusions sous l'angle de leur actualité à la date de la décision ici contestée.

5.1.2 A l'appui de son recours, l'assuré ne s'en prend du reste pas au contenu de cette nouvelle expertise psychiatrique, mais fait grief à l'intimé de s'être cantonné à celle-ci pour évaluer sa capacité résiduelle de travail, en l'absence prétendument d'autres investigations quant à ses plaintes somatiques. Sur ce dernier plan cependant, l'on rappellera que l'intéressé a fait l'objet d'un examen orthopédique complet ensuite de sa fracture ouverte à la jambe gauche en 2006 et que l'expertise y consécutive datée du 2 juillet 2008 a fait état d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée aux restrictions encourues, elles-mêmes de surcroît alors considérées (excepté la marche en terrain irrégulier) comme résorbables une fois la fracture consolidée (c. 4.2.1 supra). Dans son suivi ambulatoire, le service orthopédique qui a traité chirurgicalement la fracture, après une consolidation encore précaire constatée courant juillet 2009, a au reste fait état dans un courrier du 16 août 2011 à l'assureur-accidents de l'assuré (se référant, semble-t-il, à une dernière consultation à fin novembre 2010) d'une consolidation de la fracture désormais confirmée au plan radiologique. A l'appui de ce courrier, ce service chirurgical, excluant définitivement les travaux lourds, a certes reconnu une capacité de travail limitée à 50% dans une activité légère alternant les positions assise/debout et n'impliquant pas de charge majeure. Sous un angle strictement fonctionnel, rien de nouveau ne vient cependant étayer cette estimation des aptitudes professionnelles résiduelles divergeant de celle faite par l'expert de 2008. Il ne se justifie dès lors pas de s'écarter de cette dernière d'autant qu'il faut tenir compte du fait qu'eu égard à la relation de confiance établie avec son patient, le médecin traitant (en l'occurrence, l'ancien service orthopédique traitant) aura plutôt tendance, dans le doute, à favoriser celui-ci (ATF 125 V 351 c. 3b/cc; TF I 655/05 du 20 mars 2006 c. 5.4; SVR 2015 IV n° 26 c. 5.3.3.3). Dans la continuité du SMR qui a attesté le 4 juin 2012 une situation médicale inchangée depuis l'expertise de 2008, le nouveau généraliste traitant a du reste lui aussi indiqué les 22/23 août 2013 un état de santé stationnaire depuis début 2013. Avant

d'émettre ce constat, il a de surcroît adressé son patient à un chirurgien orthopédiste qui, hormis son propre examen clinique, a fait procéder à des investigations radiologiques au niveau du tibia gauche et de la colonne vertébrale lombaire. A l'issue de celles-ci, ce spécialiste a pour l'essentiel fait état, le 16 juillet 2013, d'une dégénérescence des disques intervertébraux avec protrusion discale L3/L4 et L4/L5 et de lombosischialgies y consécutives gauches jusque dans la zone du pied avec trouble de la sensibilité du gros orteil gauche, en présence de foramens constitutionnellement étroits, ainsi que d'une mauvaise posture en varus de grade IV au niveau du tibia proximal gauche. En date du 21 septembre 2015, le généraliste traitant a à nouveau rapporté à l'AI un état médical stationnaire dont rien au dossier ne permet de supposer qu'il n'a pas perduré jusqu'à la date de la décision contestée. Bien au contraire, les informations découlant du rapport orthopédique du 15 mai 2018 produit à l'appui du recours confirment la guérison complète de la fracture avec un mauvais alignement du varus (de 5°), respectivement se limitent à attester au surplus de plaintes dorsales intermittentes compensées du côté gauche après trépanation segmentaire L3/4 et L4/5 et, en tout état de cause, compatibles avec une reconversion dans une activité alternant les postures (c. 4.3 supra).

5.1.3 Cela étant, en s'appuyant sur l'expertise psychiatrique réalisée le 7 juillet 2016, il apparaît que c'est à bon droit que l'intimé a estimé que l'état de santé psychique de l'assuré s'est amélioré par rapport à la situation retenue à l'appui des décisions des 31 octobre et 16 décembre 2005 (à savoir, une capacité de travail à 50% alors admise dans une activité adaptée aux restrictions physiques et psychiques; c. 4.1 supra). Contrairement à ce qu'allègue le recourant, ce n'est pas l'AI qui a failli à sa mission de le réadapter professionnellement mais bien lui-même, en raison de ses propres entraves personnelles (c. 4.2.2 et 5.1.1 supra, c. 5.2.3 infra), qui a fait obstacle à une réintégration sur le marché du travail. A la date de la décision présentement contestée, il faut donc retenir que l'assuré dispose d'une capacité de travail entière dans un emploi adapté aux seules restrictions physiques qu'il encourt encore (exclusion de charges trop lourdes et de trajets prolongés, absence d'alternance des postures). Ce changement sensible qui ressort du dossier constitue un motif de révision

du droit à la rente, lequel doit par conséquent être examiné tant sous l'angle des faits que du droit de manière complète, c'est à-dire en tenant compte du spectre entier des éléments déterminant le droit à la prestation, ainsi qu'avec un regard neuf et sans être lié à de précédentes estimations de l'invalidité (ATF 141 V 9 c. 2.3, 117 V 198 c. 4b; SVR 2011 IV n° 37 c. 1.1).

5.2 Le résultat auquel parvient l'expertise psychiatrique reprise à son compte par l'intimé se défend également sous un angle juridique.

5.2.1 Dans un arrêt récent (ATF 145 V 215), le TF a changé sa pratique concernant le droit à des prestations de l'AI en cas de toxicomanie. Jusqu'alors, selon une jurisprudence constante, la dépendance, qu'elle eût pris la forme de l'alcoolisme, de la pharmacodépendance ou de la toxicomanie, ne constituait pas en soi une invalidité au sens de la loi, mais jouait un rôle dans l'AI lorsqu'elle avait provoqué une maladie ou un accident qui entraînait une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique nuisant à la capacité de gain, ou si elle résultait elle-même d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique qui avait valeur de maladie (ATF 124 V 265 c. 3c; SVR 2016 IV n° 3 c. 2.2.1). Dans sa nouvelle jurisprudence, le TF parvient à la conclusion que sa pratique antérieure ne peut plus être maintenue, notamment à la suite d'un examen approfondi des connaissances médicales au regard desquelles une dépendance correspond clairement à un phénomène ayant caractère de maladie. Désormais, il s'impose dès lors, comme pour les autres troubles psychiques (à cet égard, ATF 141 V 281 précité), de clarifier au moyen d'une grille d'évaluation normative et structurée si la dépendance à des substances addictives diagnostiquée par des spécialistes influe sur la capacité de travail de la personne concernée (arrêt TF 9C_724/2019 précité du 11 juillet 2019 c. 5 à 7; voir c. 2.4 supra).

5.2.2 Tout d'abord, il sied de relever que l'expertise psychiatrique du 7 juillet 2016 a été réalisée après la publication de la jurisprudence prescrivant la procédure d'évaluation structurée pour les troubles psychosomatiques (ATF 141 V 281 rendu le 3 juin 2015), mais avant l'ATF 145 V 215 précité étendant ce mode d'évaluation aux dépendances à des substances addictives (c. 5.2.1 supra). Quand bien même les expertises

mises en œuvre selon les anciens standards de procédure ne perdent pas d'emblée toute valeur probante, il convient de se demander si, dans le cadre d'un examen global, et en tenant compte des spécificités du cas d'espèce et des griefs soulevés, le fait de se fonder définitivement sur les éléments de preuve existants est conforme au droit fédéral. Ces principes développés à l'ATF 137 V 210 c. 6 peuvent être appliqués par analogie aux nouvelles exigences de preuve en ce sens qu'il y a lieu d'examiner dans chaque cas si les expertises administratives et/ou les expertises judiciaires recueillies - le cas échéant en les mettant en relation avec d'autres rapports médicaux - permettent ou non une appréciation concluante du cas à l'aune des indicateurs déterminants. Selon l'étendue de l'instruction déjà mise en œuvre, il peut s'avérer suffisant de requérir un complément d'instruction sur certains points précis (ATF 141 V 281 c. 8).

5.2.3 Au présent cas, l'expertise psychiatrique du 7 juillet 2016 s'avère suffisante à l'aune des indicateurs énoncés par la jurisprudence du TF. Quand bien même elle ne suit pas strictement la grille d'évaluation normative et structurée rappelée ci-dessus (c. 2.4 supra), les réponses apportées par l'expert aux questions de l'AI permettent d'identifier les différents aspects couverts par les indicateurs. Ainsi, au premier niveau, il est fait état dans son expertise de diagnostics médicaux clairs, respectivement d'une tendance, toutefois non systématique (dos. AI 71.1/22 en haut), à l'amplification des symptômes concernant les actions ou états relatifs à la tristesse, à la concentration, à l'angoisse ainsi qu'à l'énergie. Concernant le deuxième niveau (à compter qu'il se justifie encore de l'examiner au vu des potentiels facteurs d'exclusion précités), le spécialiste évalue la gravité relative de ses diagnostics par les restrictions objectives réduites qu'induit le trouble de la personnalité de l'assuré, respectivement par l'actuelle rémission sous contrôle médical de la polytoxicomanie ainsi que le caractère non invalidant de la dysthymie. Il énumère les facteurs personnels qui, selon lui et sans revêtir un caractère maladif, font obstacle à une réinsertion professionnelle (a-motivation, sentiment que la vie est absurde et que les choses n'ont pas de sens, déconditionnement professionnel, conduites d'évitement et autolimitations; voir c. 4.2.2 et 5.1.1 supra). L'expert ne nie pas que la présence d'une polyopathie psychiatrique, l'hérédopathie chargée du patient, l'absence

de soins psychiatriques suivis par ce dernier lorsque cela s'avère nécessaire et l'étayage socio-familial restreint constituent des éléments de pronostic défavorable. Face à ces facteurs de contrainte, le même médecin mentionne cependant l'absence de problématique alcoolique et l'arrêt de la consommation de stupéfiants en tant que circonstances propices à un pronostic "plutôt favorable". Sont aussi mentionnées dans son appréciation les ressources personnelles moyennes dont dispose l'assuré et le fait que celles-ci sont supérieures à celles alléguées par le patient. Enfin, l'expert a procédé à un examen dit de cohérence dans le cadre duquel, hormis la tendance à la majoration des symptômes décrite à d'autres endroits de son appréciation, il a observé une répercussion inégale des handicaps dans le ménage (tâches assumées), les loisirs et activités sociales (quasiment inexistantes) et la profession/activité lucrative (inexistante) (dos. AI 71.1/28 à 31).

L'ensemble des éléments qui précèdent font dès lors ressortir la présence d'indicateurs permettant d'exclure l'existence d'un trouble psychique invalidant au sens de la loi.

5.3 Sur la base de la capacité de travail entière ainsi fixée par l'expertise psychiatrique et en tenant compte des restrictions physiques également encourues dans l'activité usuelle (c. 5.1.2 supra), il convient encore de procéder à l'évaluation du degré d'invalidité. L'année de référence à prendre en compte serait l'année 2018, étant donné la prise d'effet potentielle de la suppression de la rente au plus tôt le 1^{er} mars 2018 (1^{er} jour du 2^{ème} mois suivant la décision contestée du 11 janvier 2018; art. 88^{bis} al. 2 let. a RAI). Faute de données statistiques, telle l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) publiée par l'Office fédéral de la statistique (OFS), disponibles pour l'année 2018, la comparaison des revenus s'effectuera en se référant à l'année 2016. En effet, une indexation à l'évolution des salaires nominaux jusqu'en 2017 s'avère ici superflue dès lors qu'elle devrait être effectuée dans une proportion identique pour les deux revenus à comparer (voir c. 5.3 infra). Le salaire de personne valide a à bon droit été déterminé par l'Office AI Berne en partant d'un revenu statistique de maçon de Fr. 63'032.45 tel qu'initialement calculé par l'Office AI Fribourg et incontesté par l'assuré (dos. AI 25.1/1141). Contrairement à

ce qu'a retenu l'intimé, ce montant valait pour l'année 2003 et non pour 2011 (voir sa décision contestée, p. 1 en bas), de sorte qu'il convient de l'adapter à l'évolution des salaires nominaux observée durant la période de 2003 à 2016. Il en résulte un revenu annuel sans handicap de Fr. 72'078.50 (2003: 1958; 2016: 2239; table T39 Evolution des salaires nominaux, hommes, disponible sur le site www.ofs.ch). L'activité usuelle de maçon n'est plus exigible (pour des motifs physiques) de l'assuré qui ne dispose pas d'une autre formation certifiée, mais peut justifier selon ses dires d'un permis de grutier et d'expériences professionnelles en tant que plâtrier-peintre, monteur en ventilation et en cheminée (dos. AI 8.1/313, 932). Il y a dès lors lieu d'évaluer son revenu avec handicap en se fondant sur le revenu statistique brut moyen dans des tâches physiques ou manuelles simples telles que celles répertoriées dans le niveau de compétences 1 de l'ESS (ESS 2016, table TA1, hommes, soit Fr. 5'340.- par mois, 12 fois l'an = Fr. 64'080.-). Moyennant l'abattement de 5% admis par l'intimé sur ce revenu statistique standardisé et son adaptation à la durée de travail hebdomadaire moyenne usuelle de 41,7 heures en 2017 dans les entreprises (voir données y relatives également disponibles sur le site [ww.ofs.ch](http://www.ofs.ch)), l'on débouche sur un montant annuel de Fr. 63'463.25, respectivement sur un degré d'invalidité de 11.95%. A noter que même un abattement maximal de 25% (non justifié au présent cas) sur le salaire statistique avec handicap (qui s'élèverait alors à Fr. 50'102.55 par an) n'aboutirait toujours pas à l'octroi d'une rente AI (degré d'invalidité de 30.50%).

Comme déjà relevé (c. 5.3 supra), la suppression de la demi-rente du recourant prend effet le 1^{er} mars 2018. En effet, une suppression rétroactive (art. 88^{bis} al. 2 let. b RAI) n'entre pas en ligne de compte, car l'état de fait ne permet pas d'établir que l'assuré se serait fait attribuer la rente irrégulièrement ou aurait violé son obligation de renseigner.

6.

En conséquence, le recours doit être rejeté.

6.1 En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA et selon l'art. 69 al. 1^{bis} LAI, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice. Le recourant, qui succombe, doit ainsi supporter les frais de la procédure, fixés forfaitairement à Fr. 800.-, et ne peut prétendre au remboursement de ses dépens (art. 69 al. 1^{bis} LAI, 61 let. g LPGA, 104 al. 1 et 108 al. 1 et 3 LPJA).

6.2 L'assuré a toutefois requis le bénéfice de l'assistance judiciaire (limitée aux frais).

6.2.1 Sur requête, l'autorité administrative ou de justice administrative dispense du paiement des frais de procédure et de l'obligation éventuelle de fournir des avances ou des sûretés la partie qui ne dispose pas de ressources suffisantes et dont la cause ne paraît pas dépourvue de toute chance de succès (art. 61 let. f LPGA et art. 111 al. 1 LPJA; SVR 2011 IV n° 22 c. 2, 2011 UV n° 6 c. 6.1).

6.2.2 En l'espèce, le recourant dépend de l'aide sociale (voir pièces jointes à sa demande d'assistance judiciaire); il est ainsi manifeste que la condition formelle de l'assistance judiciaire est réalisée. En ce qui concerne la condition matérielle de l'octroi de l'assistance judiciaire, on ne saurait d'emblée déclarer que la cause était dépourvue de chance de succès (ATF 140 V 521 c. 9.1). La requête peut dès lors être admise et l'assuré mis au bénéfice de l'assistance judiciaire. Ainsi, les frais de procédure sont provisoirement supportés par le canton au titre de l'assistance judiciaire.

6.2.3 Le recourant doit en outre être rendu attentif à son obligation de remboursement (envers le canton) s'il devait disposer, dans les dix ans dès l'entrée en force du présent jugement, d'un revenu ou d'une fortune suffisante (art. 123 du code de procédure civile suisse du 19 décembre 2008 [CPC, RS 272]).

Par ces motifs:

1. Le recours est rejeté.
2. La requête d'assistance judiciaire (dispense des frais de procédure) est admise.
3. Les frais de la présente procédure, fixés forfaitairement à Fr. 800.-, sont mis à la charge du recourant. Il est renoncé à leur perception au vu de l'octroi de l'assistance judiciaire. L'obligation de restituer prévue par l'art. 123 CPC est réservée.
4. Il n'est pas alloué de dépens.
5. Le présent jugement est notifié (R):
 - à la mandataire du recourant,
 - à l'intimé,
 - à l'Office fédéral des assurances sociales.

La présidente:

La greffière:

Voie de recours

Dans les 30 jours dès la notification écrite de ses considérants, le présent jugement peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public auprès du Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne, au sens des art. 39 ss, 82 ss et 90 ss de la loi fédérale du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral (LTF, RS 173.110).