

FR_GERICHTE 605 2013 55 vom 29. Dezember 2014

FR Kantonsgericht, 2014-12-29, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_605_2013_55

FR: FR_GERICHTE 605 2013 55 du 29 décembre 2014

IT: FR_GERICHTE 605 2013 55 del 29 dicembre 2014

Regeste

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

Erwägungen

E. 1

Le recours, interjeté en temps utile et dans les formes légales auprès de l'autorité judiciaire compétente à raison du lieu ainsi que de la matière, est recevable, le recourante, dûment représenté, étant en outre directement atteint par la décision querellée et ayant dès lors un intérêt digne de protection à ce que celle-ci soit, cas échéant, annulée ou modifiée.

E. 2

A teneur de l'art. 8 al. 1 de la loi fédérale 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 fédérale 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. a) Cette incapacité de gain résulte, selon l'art. 7 LPGA, d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique. Il n'y a toutefois incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable. Les facteurs psychosociaux et socioculturels ne constituent en principe pas des atteintes invalidantes. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est en effet 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 et les références).

Tribunal cantonal TC Page 4 de 20 Ce n'est donc pas l'atteinte à la santé en soi qui est assurée, ce sont bien plutôt les conséquences économiques de celle-ci (ATF 127 V 294). b) Selon l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente lorsque 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 (lit. a); qu'il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (lit. b); enfin, lorsque, au terme de cette année, il est invalide (art. 8

LPGA) à 40% au moins. L'al. 2 prévoit que la rente est échelonnée selon le taux d'invalidité: à savoir qu'un taux d'invalidité de 40% au moins donne droit à un quart de rente; un taux de 50% au moins donne droit à une demi-rente; un taux de 60% au moins donne droit à trois-quarts de rente; enfin, un taux de 70% au moins donne droit à une rente entière.

E. 3

a) L'art. 16 LPGA dispose que, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu du travail que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé à 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. En d'autres termes, le degré d'invalidité résulte de la comparaison du revenu d'invalide, soit ce que l'assuré est encore capable de gagner en utilisant sa capacité résiduelle de travail dans toute la mesure que l'on est en droit d'attendre de lui, avec le revenu sans invalidité, à savoir ce qu'il pourrait gagner si l'invalidité ne l'entravait pas (RCC 1963 p. 365). C'est l'application de la méthode ordinaire, dite classique, d'évaluation du taux d'invalidité (art. 28a al. 1 LAI). Cette comparaison des revenus s'effectue, en règle générale, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus (RCC 1985 p. 469). Selon la jurisprudence, le revenu hypothétique de la personne valide se détermine, en règle générale, en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce qu'elle aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant si elle était en bonne santé. Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible, raison pour laquelle il se déduit, en principe, du salaire réalisé par l'assuré avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires jusqu'au moment de la naissance du droit à la rente (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1 et la référence). De jurisprudence constante, il est admis qu'en l'absence d'un revenu d'invalide effectivement réalisé, l'on peut se fonder sur les enquêtes statistiques pour le déterminer. La réduction du montant des salaires ressortant des statistiques en vue de fixer le gain d'invalide en l'absence d'un revenu effectivement réalisé doit tenir compte de certains empêchements propres à la personne de l'invalide, à savoir les limitations liées au handicap, l'âge, les années de service, la nationalité et, le cas échéant, la catégorie d'autorisation de séjour, ainsi que le taux d'occupation. Une déduction globale supérieure à 25 % n'est pas admise (ATF 126 V 79 sv. consid. 5b/aa-cc; VSI 2002 p. 70 sv. consid. 4b). La déduction, qui doit être effectuée globalement, résulte d'une évaluation et doit être brièvement motivée par l'administration; le juge des assurances sociales ne peut, sans motifs pertinents, substituer son appréciation à celle de l'administration (ATF 126 V 81 consid. 6). b) L'invalidité des assurés qui n'exercent pas d'activité lucrative et dont on ne peut raisonnablement exiger qu'ils en entreprennent une est évaluée, en dérogation à l'art. 16 LPGA, en fonction de l'incapacité d'accomplir leurs travaux habituels.

Tribunal cantonal TC Page 5 de 20 C'est la méthode dite spécifique d'évaluation du taux d'invalidité (art. 28a al. 2 LAI). Pour évaluer l'invalidité selon cette méthode spécifique, l'administration procède à une enquête sur les activités ménagères et fixe l'empêchement dans chacune des activités habituelles conformément à la Circulaire concernant l'invalidité et l'impuissance de l'assurance-invalidité établie par l'OFAS (CIIAI, n° 3087 ss dans sa teneur en vigueur du 1er janvier 2004 au 31 décembre 2007 et n° 3079 ss dès le 1er janvier 2008). c) Il existe enfin une troisième méthode d'évaluation de l'invalidité pour les cas où l'assuré exerce une activité lucrative à temps partiel ou travaille sans être rémunéré dans l'entreprise de son conjoint. C'est la méthode dite mixte d'évaluation du taux d'invalidité (art. 28a al. 3

LAI). Cette dernière méthode a été souvent remise en cause mais confirmée à plusieurs reprises par le Tribunal fédéral, dont récemment encore in ATF 137 V 334. Selon cette dernière méthode, il faut évaluer d'une part l'invalidité dans les travaux habituels par comparaison des activités (méthode spécifique) et d'autre part l'invalidité dans une activité lucrative par comparaison des revenus (méthode ordinaire); on pourra alors déterminer l'invalidité globale d'après le temps consacré à ces deux champs d'activités. La part de l'activité professionnelle dans l'ensemble des travaux de l'assuré est déterminée en comparant l'horaire de travail usuel dans la profession en question et l'horaire accompli par l'assuré valide; on calcule donc le rapport en pour cent entre ces deux valeurs. La part de l'autre travail habituel constitue le reste du pourcentage (SVR 1996 IV no 76 p. 221; RCC 1992 p. 136 consid. 1a et les références). La durée de travail effectivement accomplie dans le ménage et la profession est ici sans importance (RCC 1980 p. 564). L'invalidité totale s'obtient en additionnant les degrés d'invalidité correspondant aux parts respectives attribuées aux activités lucrative et non lucrative (VSI 1999 p. 231 consid. 2b et les références).

E. 4

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 en cas de recours) a besoin d'informations que seul le médecin est à même de lui fournir. La tâche de ce dernier consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est capable ou incapable de travailler (ATF 105 V 158, 114 V 314; RCC 1982, p. 36). En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, est déterminant le 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 l'exposition des relations médicales et l'analyse de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (RAMA 1991 p. 311; VSI 1997 p. 121). En principe, n'est donc décisif, pour la valeur probatoire, ni l'origine, ni la désignation, comme rapport ou expertise, d'un moyen de preuve, mais bien son contenu (ATF 122 V 157 et références citées). S'agissant des rapports émanant des médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, ceux-ci sont généralement enclins, en cas de doute, à prendre parti pour leur patient en raison de la relation de confiance qui les unit (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées).

E. 5

a) En vertu de l'art. 17 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir Tribunal cantonal TC Page 6 de 20 augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. De même, toute prestation durable accordée en vertu d'une décision entrée en force est, d'office ou sur demande, augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée si les circonstances dont dépendait son octroi changent notablement. Tout changement important des circonstances, propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut donner lieu à une révision de celle-ci. La rente peut aussi 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 126 V 75 consid. 1b / VSI 2000 p. 314; VSI 1996 p. 192 consid. 2d; ATF 113 V 22 et les références). Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale de rente et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 126 V 75 consid. 1b / VSI 2000 p. 314 et les références citées), respectivement du dernier examen matériel du droit à la rente (ATF 133 V 108, 103 V 71). b) Lorsque les conditions de la révision/suppression de la rente ne sont pas ouvertes, il reste encore, cas échéant, à examiner celles de la reconsidération de la décision d'octroi de la rente (ATF 119 V 475 consid. 1b/cc), reconsidération notamment prévue par l'art. 52 al. 3 LPGA. Pour juger s'il est admissible de reconsidérer une décision pour le motif qu'elle est sans nul doute erronée, il faut se fonder sur la situation juridique existant au moment où cette décision a été rendue, compte tenu de la pratique en vigueur à l'époque (ATF 117 V 17 consid. 2c et les arrêts cités). Par le biais de la reconsidération, on corrigera une application initiale erronée du droit, de même qu'une constatation erronée résultant de l'appréciation des faits (ATF 115 V 314 consid. 4a/cc). Une décision est sans nul doute erronée non seulement lorsqu'elle a été prise sur la base de règles de droit non correctes ou inappropriées, mais aussi lorsque des dispositions importantes n'ont pas été appliquées ou l'ont été de manière inappropriée (DTA 1996/97 n° 28 p. 158 consid. 3 c).

E. 6

Est en l'espèce litigieuse la suppression de la rente entière du recourant. Ce dernier soutient que son état de santé ne s'est pas amélioré, à tout le moins pas depuis la dernière confirmation de son droit à la rente entière en mars 2008. Les conditions d'une révision/suppression ne seraient ainsi pas remplies. Pour l'OAI, il y a au contraire lieu de tenir compte d'une amélioration de son état de santé, attestée par l'expert. Certains éléments relevés au dossier vont en outre dans ce sens et pourraient même fonder une reconsidération de l'octroi de la rente entière. Il s'agit en l'espèce de se référer au dossier. a) au moment de l'octroi de la rente entière (juillet 2002) Les problèmes à la hanche du recourant, alors travailleur en usine, sont apparus au printemps 1999 : « Jeune patient portugais de 23 ans qui se plaint depuis environ 6 mois de l'apparition d'une douleur dans le pli de l'aîne à gauche apparue de façon progressive. Au début lors d'efforts importants (course à pied), puis progressivement même lors de la marche. La flexion est indolore, la douleur est aggravée lors de mouvements d'extension ou abduction » (rapport du 26 novembre 1999 du Dr B. _____, médecin-chef du service de rhumatologie, médecine physique et rééducation de l'Hôpital cantonal de Fribourg, dossier OAI, pièce 45).

Tribunal cantonal TC Page 7 de 20 Le diagnostic d' « impingement antérieur des deux hanches, plus important à gauche » a été posé au début de l'année 2000 par le Dr C. _____, médecin-chef adjoint du service de chirurgie orthopédique de l'Hôpital cantonal de Fribourg (rapport du 22 février 2000, dossier OAI, pièce 40). Celui-ci a pu observer « une tendance à la hanche en protrusion (trop bonne couverture de la tête fémorale). Comme élément favorable, mise en évidence d'un conflit antérieur et une paroi antérieure basse. La flexion du cotyle est normale. Par contre, hanche en varus assez importante. Le col du fémur est relativement court et large » (rapport précité). Une opération chirurgicale semblait indiquée, le recourant ne se déplaçant plus qu'à l'aide de deux cannes : « Le patient a vu le Dr D. _____ au Sonnenhof pour un 2ème avis. Ce dernier a confirmé le diagnostic et a également proposé un traitement chirurgical. A

mentionner que la douleur est en profondeur du pli de l'aîne gauche. Depuis quelques semaines, le patient ressent les mêmes symptômes à droite. Il est à l'incapacité de travail depuis 4 mois. Il marche à l'aide de deux cannes anglaises. Ne prend aucun antalgique. Le patient se réveille la nuit en raison des douleurs de la hanche gauche s'il se tourne » (rapport précité). Elle a été pratiquée le 29 mars 2000 par le Dr C. _____ (cf. protocole opératoire, dossier OAI, pièce 38). A l'automne 2000, le recourant indiquait désormais également souffrir dans le haut du dos : « Myotendinose en chaîne provoquant des cervico-brachialgies droites. Début octobre, le patient remarque des cervico-brachialgies droites qui ne s'améliorent pas sous traitement conservateur. Pas de fièvre. Les manœuvres de Valsalva ne sont pas douloureuses. Le patient se pose la question si c'est en relation avec les douleurs de la jambe gauche, il a le sentiment "d'aiguilles" sous sa jambe gauche » (Rapport du 8 novembre 2000 du Dr B. _____, dossier OAI, pièce 34). A cette occasion, on observait une amplification des douleurs : « Lors des différentes consultations, la Symptomatologie était fluctuante. Une IRM a exclu une hernie discale. L'hyperintensité de signal dans le cordon médullaire vue le 18.10 n'a pas été retrouvée sur l'examen du 30.10.00. Les plaintes du patient peuvent très bien être expliquées par une myotendinose sur boiterie due aux douleurs de la jambe gauche. On constate également une amplification des douleurs » (rapport précité). Le recourant a déposé une demande de rente de l'assurance-invalidité le 27 octobre 2000. La situation n'a par la suite pas évolué favorablement. Au printemps 2001, soit un an après l'opération, le Dr C. _____ relevait que le recourant continuait à se déplacer à l'aide d'une canne et qu'il était toujours en incapacité de travail. De plus, son état psychique n'était pas bon, ce qui n'arrangeait rien : « Status après débridement chirurgical de la hanche gauche le 29.03.2000. Incapacité de travail dans la profession ou l'activité exercée jusqu'ici : 100% du 01.11.1999. La capacité de travail peut être améliorée par une rééducation et par le traitement de son état psychique actuel. Marche à l'aide d'une canne anglaise du côté opposé » (rapport du 15 mars 2001, dossier OAI, pièce 58). Les spécialistes de la clinique de chirurgie orthopédique de l'Hôpital de l'Île, estimaient toutefois qu'une nouvelle intervention n'était pas indiquée et qu'il valait mieux lutter contre la problématique de l'inactivité par de la physiothérapie : « Das vorliegende Beschwerdebild hat neben der artikulären auch eine muskuläre Komponente. Aufgrund der konventionellen Röntgen kann sich kein Grund für eine chirurgische Reintervention ableiten lassen. Wir empfehlen daher, die Physiotherapie zur Behebung der Inaktivitätsproblematik wieder aufzunehmen. Dabei soll mit den Uebungen auch die schmerzhafteste Extension links angegangen werden. Lässt sich damit keine

Tribunal cantonal TC Page 8 de 20 Verbesserung der Situation erzielen, so empfehlen wir eine erneute Durchführung eines Arthro MRI links, um Aufschlüsse über die Knorpelstruktur zu erhalten » (rapport du 22 janvier 2001 des Drs E. _____ et F. _____, dossier OAI, pièce 62). Le recourant a ainsi séjourné à Loèches-les-Bains au cours de l'été 2001, mais sans grands résultats : «Die oben genannten physikalischen Therapien konnten vom Patienten durchgeführt werden. Unter diesen physikalischen Therapien konnte jedoch weder subjektiv noch objektiv eine Verbesserung der Beschwerden erreicht werden. Die Schmerzen im Bereich der linken und im Bereich der rechten Hüfte waren gleich wie bei Eintritt. Die Beweglichkeit beider Hüften war sowohl subjektiv wie auch objektiv gleich wie bei Eintritt. Die allgemeine Kraft war besser als bei Eintritt. Die Kraft im Bereich der linken Hüfte und im Bereich des linken Beines war sowie im Bereich der rechten Hüfte und im Bereich des rechten Beines war gleich wie bei Eintritt. Wir haben ihm geraten, das hier instruierte Heimprogramm mit funktionellen

Bewegungsübungen selbständig weiterzuführen. Nach Absprache mit dem Patienten wurde eine erneute orthopädische Beurteilung empfohlen. Dies im Bezug auf beide Hüften, da offensichtlich konservativ-therapeutisch keine Besserung erreicht werden konnte » (rapport du 24 août 2001 des Drs G. _____ et H. _____ de la Clinique de réhabilitation de Loèches-les-Bains, dossier OAI, pièce 78). En automne 2001, les douleurs persistaient, sans véritable explication. Le Dr C. _____ ne préconisait plus guère qu'une réadaptation professionnelle : « L'origine de la persistance des douleurs est indéterminée. Il pourrait s'agir d'un certain rétrécissement ou d'une contracture capsulaire qui pourrait provoquer les douleurs résiduelles. Je pense qu'un traitement orthopédique, à savoir l'ablation de vis ou la révision de la hanche, ne pourrait pas apporter d'amélioration. Une attitude expectative est à poursuivre. Il doit suivre la réévaluation par les instances AI » (rapport du 23 octobre 2001, dossier OAI, pièce 74). Des mesures ont ainsi été entreprises au printemps 2002. A cette même époque, une composante psychique a été diagnostiquée : « Troubles anxieux dans le cadre d'une personnalité abandonnique et évitante » (rapport du 19 mars 2002 du Dr I. _____, psychiatre FMH, dossier OAI, pièce 114). Elle paraissait liée à l'avenir professionnel du recourant : « Pronostic sur le plan psychique : réservé si aucune mesure socio- professionnelle n'est trouvée » (rapport précité). Pour autant, il n'était pas disposé à se soigner : « Pas de thérapie. Le patient n'en éprouve pas le besoin » (rapport précité). Le recourant effectua un stage en observation au Centre d'observation professionnelle ORIPH. Les douleurs continuaient à l'entraver malgré un tableau plutôt rassurant: « Il continue de se plaindre de sa hanche gauche. Il a maintenant aussi des douleurs débutantes à la hanche droite, ce qui l'angoisse. Il se plaint de son rachis, surtout cervical et lombaire, d'irradiations cervico- brachiales droites et d'un status hémorroïdaire. Il se déplace avec une canne anglaise (et deux cannes anglaises à la fin de son stage), a une limitation fonctionnelle de la hanche gauche. Le rachis ne présente pas de particularité sinon un dos plat. L'examen neurologique des membres supérieurs et des membres inférieurs est normal si ce n'est une légère hypotrophie ab inusu du membre inférieur gauche » (rapport du 25 mars 2002 du médecin-conseil du Centre d'observation professionnelle ORIPH, dossier OAI, pièce 118). En fin de compte, sa capacité de travail apparut tout de même limitée. Elle s'estimait entre 50% et 60% : « Sur le plan somatique, nous partageons l'avis des médecins qui ont examiné cet homme et pensons qu'il garde une capacité de travail dans des travaux sédentaires, en position alterne possible, sans déplacement (du fait de la canne anglaise), légers où il pourrait mettre en valeur

Tribunal cantonal TC Page 9 de 20 ses connaissances professionnelles. Au terme de ce stage, notre groupe d'observation pense qu'il garde une capacité de travail de l'ordre de 50 à 60%, qui serait surtout une limitation du temps de travail, parce qu'on le voit tout de même faiblir dans la deuxième partie de la journée. Une évaluation globale, y compris psycho-sociale et un encadrement paraît nécessaire. Ce taux de capacité de travail sera à réévaluer en situation après quelques mois » (rapport précité; cf. aussi les conclusions du rapport de fin de stage, dossier OAI, pièce 128). L'OAI décida ainsi de lui octroyer une rente entière le 3 juillet 2002 (dossier OAI, pièce 144). Celle-ci se fondait sur un degré de 71%, mais aucune explication détaillée du calcul du taux ne figure au dossier. b) confirmation du droit à la rente (avril 2005 et mars 2008) Sans instruction particulière, le droit à la rente entière du recourant a été confirmé une première fois le 29 avril 2005 (dossier OAI, pièce 222). A la même époque, une allocation pour impotent lui a été refusée (cf. décision du 21 juin 2005, dossier OAI, pièce 241). Plus tard, soit à la fin de l'année 2007, le médecin traitant du recourant, le Dr J. _____, spécialiste FMH en médecine

interne, indiquait ne plus l'avoir vu depuis trois ans : « Je n'ai pas revu ce patient depuis 2004. Je lui ai écrit un mot, pas de réponse. Je vous retourne donc ce formulaire à ma décharge » (attestation du 7 décembre 2007, dossier OAI, pièce 254). L'OAI a adressé un rappel au recourant pour qu'il prenne contact avec son médecin (dossier OAI, pièce 269). Finalement, le Dr J. _____ a pu rapporter le 13 mars 2008 que « l'état de santé est stationnaire. Pas de changement dans les diagnostics. Le patient vient à la consultation avec deux béquilles et toujours plaintes idem » (dossier OAI, pièce 273). Le pronostic était pessimiste: « Pronostic sombre quant à une réinsertion professionnelle. Cas dramatique de ce patient qui est en incapacité de travailler après une opération aux hanches » (rapport précité). Dans le même temps, un rapport médical du 5 mars 2008 émanant de la Clinique de la Longeraie faisait état d'une incapacité de travail de 100% dès le 20 décembre 2007. Mais il concernait un autre assuré, apparemment victime d'un accident de travail qui lui avait sectionné plusieurs doigts de la main gauche (dossier OAI, pièce 272). Quoiqu'il en soit, le maintien du droit à la rente entière a été confirmé une nouvelle fois, par communication du 25 mars 2008 (dossier OAI, pièce 277). c) au moment de la suppression de la rente (mars 2013) Dans le cadre de la procédure en révision d'office introduite le 9 mars 2011 (dossier OAI, pièce 284), il est tout d'abord apparu que le recourant avait été soigné des amygdales en 2005 et avait en outre éprouvé des vertiges en 2009 à la suite d'un choc sur la tête. Le pronostic lié à ces derniers événements était toutefois favorable et sans conséquence sur la capacité de travail: « Pronostic. Favorable en principe en ce qui concerne ces vertiges paroxystiques bénins. Par contre le patient est connu pour arthrose des deux hanches qui aurait déjà bénéficié d'une prise en charge chirurgicale à gauche. Son arrêt de travail semble plus lié à cette pathologie pour laquelle nous vous prions de vous adresser à son médecin traitant le Dr

Tribunal cantonal TC Page 10 de 20 J. _____ » (rapport du 12 avril 2011 du Dr K. _____ médecin-adjoint de la clinique d'ORL et de chirurgie cervico-faciale). Pour ce qui concernait l'atteinte principale, située aux deux hanches, le recourant a été soumis à une expertise médicale. Celle-ci a été confiée au Dr L. _____. Ce spécialiste FMH en chirurgie orthopédique a rendu son rapport le 25 juillet 2011 (dossier OAI, pièce 320). Il a d'emblée signalé que le tableau clinique ne correspondait pas aux douleurs exprimées, certains des tests n'étant pas même interprétables. Il manquait en outre des radiographies de l'époque: « La situation actuelle peut être résumée ainsi. Sur le plan clinique, il n'y a aucune limitation de la mobilité des hanches. A gauche, il existe une boiterie très inconstante et difficile à décrire, sans véritable phénomène de Trendelenburg-Duchenne associé. L'assuré est algique à la mobilisation des hanches dans tous les plans, de telle sorte que les tests d'impigement ne sont pas interprétables. Il n'y a qu'une atrophie discrète de la cuisse gauche, traduisant une certaine décharge. Je n'ai malheureusement pas pu apprécier la situation radiologique. Il ne m'a pas fait parvenir de radiographies et n'a pas fait faire les radiographies demandées » (expertise L. _____, p. 8, dossier OAI, pièce 313). La prise d'antidouleurs semblait également ne pas correspondre aux plaintes: « Il existe une indiscutable discordance entre l'importance du syndrome douloureux allégué et les constatations cliniques. En outre, ce jeune homme ne prend en moyenne, qu'un antalgique par semaine » (expertise L. _____, p. 8, dossier OAI, pièce 313). Toute nouvelle intervention était fortement déconseillée, le pronostic étant plutôt favorable sur le plan clinique, mais nettement moins sur le plan subjectif: « Sur le plan thérapeutique, je n'ai qu'une certitude, partagée par l'assuré: il ne faut pas opérer la hanche droite ! La prise occasionnelle d'antalgiques doit être poursuivie. Le pronostic "objectif est bon, en l'absence

d'une quelconque limitation de la mobilité. Il n'en est pas de même du pronostic "subjectif, où les plaintes semblent s'aggraver et intéresser d'autres domaines que l'appareil locomoteur » (expertise L._____, p. 8, dossier OAI, pièce 313). Selon le Dr L._____, une capacité de travail de 50% était immédiatement exigible dans une activité légère adaptée. Elle pouvait même encore être augmentée par la suite : « ...examinée selon les critères actuels d'exigibilité professionnelle, on peut dire qu'une activité adaptée peut être exigée avec les limitations suivantes: travail en position alternée assis-debout, sans longs déplacements, sans port de charges au-delà de 5 kg et sans travaux lourds. Dans une telle activité adaptée, une capacité de travail de 50 % serait exigible immédiatement et pourrait être augmentée. Il s'agit d'une appréciation purement médico-théorique: des facteurs extra-médicaux, notamment le complet déconditionnement physique et psychique de cet assuré après 12 ans d'inactivité, vont compromettre les chances de réinsertion » (expertise L._____, p. 9, dossier OAI, pièce 312). Interrogé sur l'évolution de la capacité de travail depuis l'octroi de la rente entière, le spécialiste a indiqué qu'elle était en fait demeurée la même et qu'elle correspondait à celle constatée après le stage d'observation de l'époque: « A mon avis, elle est restée la même, dès mars 2001, soit une année après l'intervention chirurgicale. Je l'estime à 50 %, au moins, dans une activité adaptée, respectant les limitations que j'ai précisées. A noter que cette estimation d'une capacité de travail

Tribunal cantonal TC Page 11 de 20 de 50 % dans une activité adaptée avait déjà été admise en 2002, après le stage d'observation » (expertise L._____, p. 12, dossier OAI, pièce 309). Il a maintenu ses conclusions après avoir reçu l'ensemble des radiographies manquantes : « Ces radiographies affinent un peu les diagnostics, en ce sens qu'il existe une ébauche de coxarthrose bilatérale, plus prononcée à gauche. Ceci ne modifie en rien les conclusions de mon expertise de juillet 2011 » (rapport complémentaire du 18 octobre 2011, dossier OAI, pièce 308). D'autres médecins se sont encore penchés sur le cas du recourant. En mars 2012, le Dr M._____, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie, soulignait lui aussi la nette discordance entre le tableau clinique et les plaintes subjectives : « Ce patient présente une atteinte ostéo-articulaire touchant les hanches et la colonne lombaire. Les examens paracliniques montrent qu'une discrète discopathie L5-S1 et une minime scoliose sinistro-convexe, alors qu'au niveau des hanches, il présente une probable coxarthrose à D sur dysplasie frustrée et un status après ostéotomie G. Il y a une nette discrédance entre les éléments objectifs et la clinique très bruyante. Le fait déclencheur semble être le début d'un stage au CEPAI » (rapport du 22 mars 2012, dossier OAI, pièce 380). Des mesures de réadaptation ont alors été entreprises au printemps 2012, sous la forme tout d'abord d'un nouveau stage d'observation. La collaboration a été difficile au départ, mais il a tout de même finalement été décidé de poursuivre avec un réentraînement progressif au travail: « Malgré un début parfois difficile, en raison principalement du comportement et de l'attitude de l'assuré, le stage s'est bien déroulé. Il a pris en considération nos remarques et suggestions et son comportement a évolué positivement. Reste à consolider ce changement. D'entente avec votre conseillère, une mesure d'entraînement progressif a été décidée. Un des objectifs principaux sera la collaboration du réseau médical et professionnel, d'abord avec son médecin traitant. Au vu de nos observations, il nous semble indispensable d'avoir un soutien d'ergothérapie, votre assuré adoptant souvent des positions anti ergonomiques; l'avis d'un spécialiste pour ses problèmes de hanches nous paraître là aussi nécessaire pour atteindre l'objectif d'une réinsertion professionnelle » (rapport du 22 mai 2012 du Centre d'intégration professionnelle (CIS), dossier OAI, pièce 389). Avant ceci, l'OAI a toutefois voulu faire le

point sur les activités accessoires non déclarées par le recourant : il serait employé dans un fitness et avait en outre été suivi un an plus tôt, car on pensait qu'il faisait commerce de voitures. Mis devant le fait accompli, le recourant a très mal réagi : « on aborde un thème délicat, à savoir qu'il a eu des activités professionnelles accessoires dans un fitness malgré la rente et qu'il s'était engagé auprès de lui à en informer sa conseillère. L'assuré dit l'avoir contactée sans succès. Celle-ci indique qu'elle n'a pas reçu son appel et qu'il n'a laissé aucun message téléphonique sur son répondeur. Vu la situation, elle lui rappelle l'obligation légale d'informer l'Office AI en cas de changement de situation. L'assuré n'accepte pas d'être contrarié, que sa parole soit remise en question et se met en colère très fortement. Il dit que tout le monde lui en veut, que personne ne le croit, qu'il a un important dossier à la police alors qu'il n'a jamais rien fait. Il informe ensuite qu'il s'était rendu compte qu'il avait été suivi et surveillé. Il explique en criant qu'il les aurait tués s'il n'avait pas eu sa fille » (rapport intermédiaire sur la réadaptation professionnelle du 1er juin 2012, dossier OAI, pièce 404). Cet incident a compromis la mesure de réentraînement, qui a finalement été annulée quelques jours plus tard : « En accord avec votre Office et votre employé, la décision a été prise

Tribunal cantonal TC Page 12 de 20 d'interrompre cette mesure le 04.06.2012. Nous avons communiqué de vive voix cette décision à votre assuré, le jour-même, en précisant que l'arrêt du stage est essentiellement en raison d'objectifs légaux non-atteignables (taux de présence), mais que ses débordements et difficultés de collaboration avec votre Office ont également eu leur importance. Votre assuré a bien accepté, presque avec soulagement, le fait d'arrêter la mesure. En ce qui concerne sa conseillère AI au moment des faits, nous avons précisé à votre assuré que le dossier lui avait été retiré après l'entrevue du 31.05.2012 et que la décision d'arrêt du stage ne lui appartenait pas. L'assuré a bien compris la situation et nous a dit regretter le comportement qu'il a eu à son égard » (rapport du 5 juin 2012 du CEPAL, dossier OAI, pièce 405). Le recourant avait notamment eu une attitude déplacée vis-à-vis d'une collaboratrice de l'OAI : « Par deux fois lors de cette mesure, l'assuré a dépassé le tolérable : la question s'est posée de savoir comment continuer dans de telles conditions. Lors de l'entretien du 31.05.2012, pour la signature du contrat d'objectifs de cette mesure, il s'est montré malhonnête, très colérique, hystérique et verbalement très agressif envers votre conseillère, avant de fondre en larmes. Une fois calmé, lorsqu'elle lui a redemandé de révéler le nom du fitness où il avait travaillé (sans révéler le nom, il nous avait avoué avoir eu récemment cette activité annexe) et voyant que votre assuré allait repartir dans le même schéma, nous avons mis fin à l'entretien et l'avons sommé de s'en aller, ce qu'il a fait. Plus tard, il nous a rappelé, pour avouer, en quittant le Centre, avoir « disjoncté » et frappé une tierce personne à l'extérieur du bâtiment (malgré nos recherches et annonce du cas à la police locale, cette dernière n'a pas eu vent de l'affaire). Par la suite, nous avons certes rétabli sereinement le contact avec l'assuré, mais cela montre la difficulté de collaboration, ainsi que les forts risques de débordements avérés et difficilement prévisibles suivant les circonstances » (rapport précité). Tous ces éléments ont finalement conduit à la suppression de sa rente entière. Il convient d'examiner si ces éléments étaient susceptibles de constituer un motif de révision du droit à la rente. d) révision On peut s'interroger dans un premier temps, avec le Dr M. _____, sur l'instruction qui a été menée jusqu'en 2011 : « Il y a beaucoup de zones d'ombres dans l'anamnèse de ce patient. Il m'informe qu'il a été suivi par le Dr J. _____. Peut-être serait-il utile d'avoir les éléments de son dossier ? En effet, il me semble peu probable que les services de l'AI n'aient pas entrepris une expertise, un reclassement professionnel ou autre chez ce patient né en 1974.

Concrètement, je ne lui ai pas donné d'incapacité de travail, car la fonction de ce stage est justement d'évaluer cette dernière » (rapport du 22 mars 2012, dossier OAI, pièce 380). On peut à tout le moins s'interroger sur les mesures concrètement entreprises au moment de la confirmation, en 2005 puis en 2008, du droit à la rente entière, ceci alors même que son médecin traitant indiquait ne plus avoir revu le recourant depuis plusieurs années et que figure au dossier un rapport médical de cette période concernant un autre accusé, alors en pleine incapacité de travail. A tout cela s'ajoute le fait que le calcul du taux d'invalidité de 71% obtenu au moment de l'octroi initial de la rente entière n'est pas expliqué. Il n'est d'emblée pas aisé, dans ces conditions, de procéder à une comparaison des situations et de conclure à un changement notable des circonstances sur un plan médical, comme l'a relevé l'expert : « En ce qui concerne l'exigibilité professionnelle, je rappelle qu'on se trouve dans le cadre

Tribunal cantonal TC Page 13 de 20 d'un processus de révision. La première chose à dire, est que la situation ne s'est pas notablement modifiée depuis l'attribution de la rente AI » (expertise L. _____, p. 8, dossier OAI, pièce 313). Pour autant, un changement a eu lieu sur le plan de la capacité de gain. Le recourant paraît en effet avoir repris des activités accessoires, qu'il n'a toutefois pas annoncées. Il a travaillé à temps partiel à la réception d'un fitness : « N'ayant pas de nouvelles du fitness suite à mon questionnaire du 25 juin 2012, j'appelle directement le responsable qui me dit ne rien avoir compris à mes questions... Je lui propose d'y répondre ensemble au téléphone. L'assuré travaille pour le fitness depuis moins d'une année. En fait un des « personal trainer » a quitté la boîte et le responsable a trouvé un arrangement avec l'assuré. Il travaille encore actuellement encore pour ce fitness. L'assuré y travaille à la demande Janvier : 21 heures. Février : 17 heures. Mars : 7,5 heures. Avril : 0 heure. Mai : 15 heures. Juin : 6 heures. (...) L'assuré travaille à la réception. On l'a formé pour du conseil client (vente des protéines). Il est d'ailleurs tellement fort dans le domaine que le responsable veut l'engager comme employé fixe, l'intégrer complètement dans son équipe. En effet, il fait mouche avec la clientèle portugaise. Il est rémunéré. Il figure d'ailleurs comme salarié. Il gagne 25.- de l'heure » (rapport d'entretien téléphonique du 19 juillet 2012, dossier OAI, pièce 425). Il en aurait même profité pour se remettre au sport : « Lui ainsi que sa fille peuvent bénéficier des prestations du fitness. Sa fille suit des cours de hip hop et l'assuré suit un programme de fitness adapté à son problème de hanche » (rapport précité). Le responsable du fitness dit ignorer que le recourant fût à l'AI mais pensait bien au contraire qu'il travaillait également dans un garage : « Le responsable du fitness me dit qu'il ne sait pas trop où il en était avec son affaire; il ne savait pas que l'assuré était à l'AI. L'assuré lui a dit que ce n'était pas bien grave - qu'il ne fait pas beaucoup d'heures. Pour le responsable, c'était un papa divorcé qui voulait donner un coup de main car il travaillait déjà dans un garage mais il ne sait pas où » (rapport d'entretien téléphonique du 31 octobre 2012, dossier OAI). Ce qui suggère que son handicap était beaucoup moins apparent qu'il ne le prétend. Quoi qu'il en soit, il n'est pas formellement établi que le recourant ait travaillé pour un garage. En revanche, une surveillance a démontré qu'il était probablement actif dans le commerce des voitures : « L'assuré s'est régulièrement et longuement absenté de son domicile. Lors des observations, nous l'avons malheureusement souvent perdu de vue et nous ignorons ce qu'il a fait durant des heures. Entre le mois d'avril 2008 et la fin 2010, il a immatriculé 11 voitures différentes auprès de l'Office de la circulation et de la navigation du Canton de Fribourg. Ces éléments nous permettent de faire la déduction qu'il exerce une certaine activité dans le domaine de l'achat et de la vente de voitures. Par contre, il n'a pas pu être déterminé s'il a travaillé

comme mécanicien. En date du 08.10.2010 et du 18.11.2010 il s'est trouvé au garage (...). Il ne nous a pas été possible de constater ce qu'il a fait dans ce garage » (rapport de surveillance du 24 janvier 2011, dossier OAI, pièce 474). Les explications du recourant à ce sujet sont à tout le moins ambiguës: « L'assuré avait plusieurs véhicules. L'assuré a vendu son Renault Trafic. Que faisait-il avec un tel véhicule ? L'assuré ne répond pas à la question. L'assuré nous explique que son frère a été suivi. Nous lui expliquons que c'est lui que nous avons fait suivre. Il nous dit que c'est son frère qui a été suivi. Notamment sur un scooter un jour... De plus il a immatriculé toute une série de véhicules à l'OCN ? Que fait-il de tous ces véhicules ? Certains n'ont été immatriculés que quelques jours. Pourquoi durant des

Tribunal cantonal TC Page 14 de 20 délais si courts ? L'assuré explique que pour l'une d'entre elle, le moteur a explosé. L'assuré prend connaissance de la liste et explique que nous pourrions remonter jusqu'à l'année 1994. Il reconnaît tous les véhicules. L'assuré estime qu'on lui en demande trop. A-t-il fait de l'achat-vente de véhicules ? Non. Mais bien sûr, il a dû les revendre. Certaines...parce que pour les autres, il a dû les mettre à la poubelle. Il n'a jamais fait de bénéfices avec de l'achat-vente de véhicules. Par rapport au scooter, on le lui a donné. Mais il ne se souvient pas de qui il l'a reçu... Le scooter ne serait plus immatriculé. Il l'a tout de même gardé. Il essaie de le vendre. Ce n'est pas pratique de rouler un scooter avec des béquilles, mais il l'a eu roulé et cela allait très bien. L'assuré explique qu'il immatricule les voitures pour des personnes qui viennent du Portugal. Idem pour le Scooter. Il l'a immatriculé à son nom mais ce n'était pas pour lui. Concernant le Renault Trafic, il a été acheté parce que seul véhicule disponible à ce moment là. Et pas du tout pour l'utiliser à des fins commerciales » (Procès-verbal d'audition du 2 mars 2012, dossier OAI, pièce 353). Tout cela constitue bien un changement manifeste de circonstances dont il y a lieu de tenir compte. On peut à tout le moins en déduire que le recourant présente désormais une capacité résiduelle de travail minimale de 50%, comme l'a répété l'expert, précisément réentendu après l'interruption du stage: « "L'échec du stage", pour reprendre vos termes, n'est pas lié à des facteurs médicaux, mais à des facteurs extra-médicaux, auxquels j'avais déjà fait allusion dans mon expertise du 25 juillet 2011. J'écrivais entre autre qu'après douze ans d'inactivité, les chances de réinsertion me paraissent très compromises. Pour répondre à votre deuxième question, je maintiens un taux de capacité de 50 % dans une activité adaptée, respectant les limitations que j'ai définies dans mon expertise. Je précise enfin, pour répondre à votre troisième question, que ce taux de 50 % est le taux minimal exigible. Dans des conditions habituelles et après réentraînement, ce taux devrait pouvoir être progressivement augmenté. Mais il s'agit d'une appréciation purement médico- théorique, qui ne sera très probablement jamais mise en valeur dans le cas de l'assuré » (rapport du 15 novembre 2012 du Dr L. _____, dossier OAI, pièce 483). Les conclusions de l'expert ne sauraient en tous les cas être remises en cause dans le sens où l'espère le recourant. Le Dr N. _____, spécialiste FMH en médecine générale, a certes proposé de procéder à une « évaluation orthopédique et psychiatrique », mais celle-ci s'avère inutile, tant aux vu des éléments qui précèdent que, surtout, de ceux qui suivent et qui font penser, comme le relève à juste titre l'OAI dans ses écritures, que les conditions d'une reconsidération de l'octroi de la rente entière seraient probablement également réunies. e) reconsidération Comme il a été dit, aucun calcul détaillé du taux d'invalidité de 71% qui a donné lieu à l'octroi de la rente entière en 2002 ne figure au dossier. Ce droit à la rente entière a par la suite été confirmé au terme d'une instruction plutôt légère, particulièrement en 2008. A côté de cela, il a existé et existe encore de nombreux facteurs

étrangers à l'assurance-invalidité qui ont influencé ou influencent encore le tableau et qui indiquent que la responsabilité de l'assurance-invalidité n'est pas ou plus engagée à l'endroit du recourant.

Tribunal cantonal TC Page 15 de 20 aa) situation personnelle précaire Au moment de l'octroi du droit à la rente entière, le recourant se trouvait dans une situation de précarité et rencontrait des problèmes conjugaux, ce qui ne favorisait pas son rétablissement. Il faisait alors montre de violence à l'endroit de son épouse, dont il a par la suite divorcé : « Malgré un long traitement de physiothérapie, la prise d'AINS, puis l'adjonction de Miacalcic, le patient a toujours très mal. Il a de la difficulté à marcher, utilise toujours une béquille, et ne peut en aucun cas envisager de reprendre un travail. Marié depuis peu de temps, il se trouve dans une situation financière difficile, en raison de la perte de gain occasionnée par son affection » (rapport du 24 novembre 2000 du Dr J. _____, dossier OAI, pièce 49); « A fait tout ce qu'il a pu pour ce jeune patient. Actuellement, ne sait plus comment procéder pour améliorer la situation. Il me dit que le patient lui a fait part des violences envers sa jeune femme qui ne rêve que d'une chose : rentrer au Portugal, car elle ne se plaît pas du tout en Suisse. Je lui propose d'adresser son patient à un psychiatre, car selon les documents médicaux de l'AI, les difficultés psy deviennent prépondérantes. Une expertise demandée par nous prendrait de nombreux mois, de sorte que la reprise d'une activité professionnelle serait encore plus difficile. Le Dr J. _____ est d'accord que l'aspect psy devient de plus en plus présent et téléphonera à son patient pour lui proposer une prise en charge de ce type. Il souhaite néanmoins que les MP se fassent, pour les raisons évoquées ci-dessus » (rapport d'entretien téléphonique du 30 novembre 2001 avec le Dr J. _____, dossier OAI, pièce 90). Certains éléments récents font écho à cette précarité sociale, ainsi présente depuis de nombreuses années: « Dès le début de la mesure, la collaboration a été difficile car l'assuré n'avait pas accepté l'expertise médicale et ses conclusions. La situation sociale de l'assuré était également très précaire (expulsion de l'appartement, connaissance d'avoir été suivi par le service de la fraude, sentiments de persécution intenses, problèmes financiers, ...). Ayant la garde exclusive de sa fille, l'assuré avait pris un rythme, ce qui l'obligeait à changer ses habitudes de vie » (rapport OAI du 22 juin 2012, dossier OAI, pièce 409). bb) le recourant s'estime victime d'une erreur médicale Autrefois comme aujourd'hui, le recourant est persuadé d'avoir été victime d'une erreur médicale : « Il est fâché de la manière dont s'est déroulée son opération. Il déplore que les médecins ne lui aient pas expliqué ce qu'ils lui avaient fait et qu'il ait toujours autant mal aujourd'hui. Malgré les traitements de physiothérapie et une cure thermale, les douleurs sont toujours là. L'assuré dit regretter d'avoir accepté cette intervention chirurgicale car, avant, ses douleurs étaient moins importantes et il pouvait davantage mouvoir sa jambe. Il se demande s'il n'a pas été victime d'une erreur médicale » (rapport du 19 novembre 2001 sur la réadaptation professionnelle, dossier OAI, pièce 89). Il en a développé un sentiment d'injustice : « Il a le sentiment d'être victime d'une injustice. Il ne comprend pas pourquoi il a de tels problèmes de santé alors qu'il est encore très jeune. Il confie ne pas arriver à accepter ses problèmes de santé et souhaiterait plus que tout pouvoir guérir. Il relève encore, qu'aujourd'hui, il lui est difficile de vivre dans de telles conditions, car il ne peut plus faire les mêmes activités qu'avant (conduire sur de longs trajets, conduire un karting, faire du foot avec les amis, se promener) » (rapport précité). Ce sentiment a pu compromettre sa réinsertion professionnelle : « Sur le plan psychique, il présente un état anxio-dépressif, mais aussi une revendication tout à fait nette vis-à-vis de l'opération subie qu'il rend responsable de tous ses maux, une méfiance à l'égard du corps médical qui est incapable de le soigner, une impulsivité, une difficulté à

comprendre ce qui lui arrive et un syndrome d'amplification de symptômes certain. Ces aspects psychiques ont une

Tribunal cantonal TC Page 16 de 20 importance évidente sur le comportement lors des entretiens et à l'atelier et sur les possibilités de réinsertion professionnelle. Une évaluation des possibilités thérapeutiques sur le plan psychiatrique (en relation aussi avec la situation sociale de l'assuré) nous paraît justifiée, dans l'optique d'une possible amélioration des chances d'une réinsertion professionnelle » (rapport du 25 mars 2002 du médecin-conseil du Centre d'observation professionnelle ORIPH, dossier OAI, pièce 118). Pour les mêmes raisons, la collaboration était toujours très difficile en 2012 : « Il m'explique de long en large ses divers problèmes de santé, sa méfiance avec le corps médical. Que la majorité des médecins sont incompetents et ne le comprennent pas. Il m'explique ses problèmes avec la police qui l'accuse de choses qu'il n'a pas fait, de ses problèmes avec son ex-épouse qui l'a accusé à tort. Après l'avoir laissé s'exprimer, je lui rappelle que j'attends de lui qu'il aille visiter le CEPAI et qu'apparemment cette démarche n'a pas encore été faite. (...) Je l'informe que nous avons besoin de clarté dans son dossier et que l'Office AI est en droit de réviser sa rente et de lui demander de réaliser une mesure d'évaluation. Il est informé que je vérifierai s'il s'exécute. Je l'informe que si l'Hôpital estime qu'il ne peut pas se rendre à cette mesure pour l'instant, j'ai besoin d'un certificat médical. Toutefois, cela ne fera que reporter cette évaluation. Je lui rappelle que de tenir des propos dénigrants et insultants sur toutes les personnes qui sont censées le soutenir (service sociaux, médecins, etc) ne va pas contribuer à le soutenir dans ses démarches » (rapport d'entretien du 8 février 2012, dossier OAI, pièce 332). cc) résistance, discordances et manque de collaboration Dans les faits, le recourant, particulièrement démonstratif, était réfractaire à l'idée d'une révision de son droit à la rente en 2011 : « Comme convenu, il a débuté son stage le 20 février 2012. Cela fait donc une semaine qu'il se rend à l'Orif. Aucun retard ni absence n'est à déplorer. Par contre, on me fait part des observations suivantes. Il est très démonstratif, il a beaucoup de peine à cerner l'assuré, le comportement est très direct, l'assuré est révolté. Et il y a des doutes par rapport à la réelle cohérence entre les limitations physiques existantes et le comportement (exagéré ?) de l'assuré. Etant donné que le stage se déroule sur une assez longue durée, cette cohérence pourra être percée à jour. De plus, on me fait part du fait que l'assuré ne semble pas être du tout suivi médicalement. Qu'il a l'impression qu'aucun médecin n'a la situation en main, qu'il n'y a personne pour coordonner le dossier médical » (rapport d'entretien téléphonique du 27 février 2012, dossier OAI, pièce 358). Déjà relevées par les médecins, des discordances ont été observées en stage : « Souvent, nous avons adapté le poste de travail à ses difficultés motrices. Ou alors l'aide d'un tiers était nécessaire pour de la manutention. Parfois, il adoptait des positions anti ergonomiques pour exécuter une tâche, à l'exemple de travailler à genoux sur une chaise pour usiner des pièces à la perceuse à colonne. Régulièrement il prenait des pauses à sa place de travail, ou allait se coucher un moment » (rapport du 22 mai 2012 du Centre d'intégration professionnelle (CIS), dossier OAI, pièce 390). De nombreuses incohérences ont aussi été signalées dans le cadre de l'enquête économique sur le ménage. Elles semblent indiquer qu'il n'utilise pas ses cannes de manière régulière, contrairement à ce qu'il prétend. Ceci relativise la portée des limitations dont il se prévaut : « Il ne présente pas de callosités palmaires bilatérales ce qui normalement justifierait l'utilisation quotidienne des cannes. (...) Laver de plan de travail est une activité réalisable par l'assuré. Lors de l'enquête, il a pu démontrer son endurance en restant en position debout sur une longue période. (...) En prenant appui à son environnement physique et architectural de son domicile et en s'aidant d'une canne, il est

capable d'épousseter son domicile (il a démontré qu'il pouvait être debout sans

Tribunal cantonal TC Page 17 de 20 ses cannes et prendre des objets sur les étagères du haut sans prendre appui). (...) Il va faire une fois par semaine les grandes emplettes. Il explique qu'il peut porter les sacs à commission dont le poids correspondrait à un pack de 4 ou 6 briques de lait avec les cannes. Il rectifiera son discours en indiquant que parfois il se déplace avec une canne. (...) Il est en mesure de participer à des loisirs avec sa fille, il précise qu'il l'a emmené au concert de J. Bieber à Zurich en 2011 (l'assuré est donc capable de rester dans une file d'attente à un concert avec ses cannes ou sans ses cannes) (...) Il lui arrive de bricoler, il peut utiliser des outils légers (marteau, tournevis, ...) et des outils lourds (perceuse, scie...). L'assuré est donc en mesure de rester en station debout sans ses cannes pour bricoler. (...) Il précise qu'il part souvent en vacances au Portugal pour s'évader » (enquête économique sur le ménage du 7 janvier 2013, dossier OAI, pièce 499). Enfin, il a très mal réagi lorsqu'on lui a fait remarquer qu'il avait travaillé dans un fitness : « La suite de la séance est très tendue et menaçante et l'assuré est très agité. M. O. _____ se lève pour le contenir et lui demande de sortir vu son agressivité. L'assuré sort mais revient quelques minutes après très agressif et malhonnête. M. O. _____ réagit sans en venir aux mains mais la situation est limite. L'assuré quitte ensuite la salle » (rapport intermédiaire sur la réadaptation professionnelle du 1er juin 2012, dossier OAI, pièce 404). De tels comportements et réactions peuvent à la limite s'apparenter à un refus de collaborer. Dans ces conditions, une nouvelle évaluation orthopédique et psychiatrique n'a pas lieu d'être. dd) refus de se soigner Une nouvelle évaluation se justifie d'autant moins que le recourant a toujours refusé de se soigner sérieusement : « Son moral s'en ressent. Néanmoins, il ne souhaite pas aller consulter un professionnel, car il considère que son humeur est liée à ses problèmes de santé physique et à ses douleurs et que ce sont sur ces derniers qu'il faudrait agir » (rapport du 19 novembre 2001 sur la réadaptation professionnelle, dossier OAI, pièce 89); « Pour ce qui est de son état de santé, il n'est pas favorable à reprendre un rendez-vous chez son médecin. Il est convaincu que rien ne peut être fait pour améliorer son état de santé. Il dit avoir déjà consulté de nombreux médecins et aucun ne lui aurait proposé de traitement pour améliorer son état de santé. Il ajoute que peut-être, hors canton, il obtiendrait d'autres avis médicaux, mais sa couverture d'assurance maladie n'entrerait pas en matière pour de telles prestations. Nous l'encourageons à discuter cela avec son assistante sociale et surtout son médecin » (rapport d'entretien du 5 avril 2002, dossier OAI, pièce 133). ee) démotivation A l'époque où il avait pourtant moins de 30 ans, tout comme aujourd'hui encore, le recourant a toujours fait preuve d'une démotivation propre à rendre toute réinsertion illusoire : « Nous sommes en présence d'un homme de 28 ans qui a un CFC et qui a travaillé dernièrement comme collaborateur d'exploitation chez Micarna. Il a épuisé son droit à l'indemnité journalière perte de gain en cas de maladie à fin septembre 2001 et est au bénéfice de prestations de l'aide sociale. L'assuré n'a pas encore accepté son atteinte à la santé. Il n'arrive pas à envisager son avenir professionnel et ne formule aucun intérêt, ni projet en ce qui concerne sa réadaptation. Il insiste surtout sur ses limitations » (rapport du 19 novembre 2001 sur la réadaptation professionnelle, dossier OAI, pièce 89). Si bien qu'au final, la problématique excède largement le cadre de l'atteinte aux hanches signalée au départ et dont aurait à répondre l'assurance-invalidité : « Il a l'impression que tout a changé dans sa vie depuis cette opération. Il a le sentiment que les problèmes ne font que s'ajouter les

Tribunal cantonal TC Page 18 de 20 uns aux autres. Il s'inquiète beaucoup pour son avenir. Depuis cette intervention chirurgicale, il se trouve plus anxieux, plus soucieux, s'énerve rapidement et devient violent. Il confie ne pas arriver à accepter son atteinte à la santé et ne pas arriver à faire des projets pour son avenir. Aujourd'hui, il commence à avoir des douleurs dans la hanche droite et craint de devoir subir une nouvelle intervention » (rapport du 19 novembre 2011 sur la réadaptation professionnelle, dossier OAI, pièce 89). Le Dr P. _____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a très bien résumé la situation : « C'est un jeune patient de 37 ans, dans une situation socio-professionnelle difficile avec de nombreux antécédents fonctionnels et physiques ainsi que psychiatriques. Nous retrouvons surtout chez lui une discordance importante entre les examens radiologiques et la symptomatologie peu spécifique présentée par ton patient » (rapport du 20 juin 2012, dossier OAI, pièce 502).

E. 7

Est encore litigieux le calcul du taux d'invalidité. Sur le principe, la responsabilité de l'assurance-invalidité ne semble donc plus devoir être engagée vis-à-vis du recourant. Le calcul du taux d'invalidité tend à le confirmer. Le recourant conteste toutefois ce calcul. L'on devrait en effet tenir compte, selon lui, du fait qu'il aurait travaillé à 100% et non à seulement 80% s'il n'avait à l'époque pas été atteint dans sa santé, la méthode dite mixte ne s'appliquant dès lors pas à son cas. De plus, une déduction maximale de 25% devrait encore être opérée sur le revenu d'invalidité statistique pour cause de désavantage salarial. Ces dernières critiques ne peuvent, là encore, être suivies. a) revenu de valide L'OAI considère que sans invalidité, le recourant ne travaillerait qu'à temps partiel, soit à 80%. Il consacrerait en effet le reste de son temps à l'éducation de sa fille, dont il a obtenu la garde après son divorce : « Au vu des circonstances et des constatations faites par nos services, sans atteinte à la santé, vous ne consacriez de toute évidence pas 100% de votre temps à votre emploi, mais plutôt 80%. Les 20% restants étant dévolus à vos travaux habituels tels que l'éducation de votre fille et la tenue de votre ménage. En effet, vous avez déclaré avoir obtenu la garde de votre fille grâce à votre statut de rentier AI qui vous rendait de toute évidence très disponible pour son éducation, ce qui est tout à votre honneur » (projet de décision de suppression de la rente, dossier OAI, pièce 486). Cela va finalement dans le sens des propres déclarations du recourant, tant il apparaît qu'il aurait été réticent à faire garder sa fille par autrui, que cela soit pour des questions de principe ou des raisons financières : « Est-ce que la garde de l'enfant a été obtenue parce qu'il avait de la disponibilité de par son statut de rentier ? Il pense qu'il n'aurait pas eu la garde si cela n'avait pas été le cas, cela a aidé. Pour lui c'est important de donner une bonne éducation à son enfant. Il s'est battu à fond pour l'obtenir. Il a joué des rôles pour avoir la garde. S'il trouve quelqu'un qui pouvait venir à la maison garder son enfant et que cette personne est de toute confiance, alors il travaillerait à 100%. Il sait que les enfants gardés peuvent se faire taper par les autres et cela ne le rassure pas du tout. Sinon il estime que la garde coûte chère et qu'il est tout de même très bien d'être présent pour l'éducation de son enfant. Il préfère s'en occuper lui » (procès-verbal d'audition du 2 mars 2012, dossier OAI, pièce 352).

Tribunal cantonal TC Page 19 de 20 Il en fait même un obstacle à une reprise du travail: « Il nous informe que sa fille Q. _____ est âgée de 9 ans. Il en a la garde depuis 2005. Il dit vivre seul et préférer ce mode de vie. (...) Sa maman vit à R. _____ ce qui ne permet pas qu'elle garde sa petite fille vu l'éloignement. Lors du 2eme entretien, il fait part de son souci pour la garde de son enfant quand il sera au travail. Il ne sait pas à qui s'adresser pour

l'accueil extrascolaire de sa fille et pour le repas de midi. De plus, il dit n'avoir pas les moyens de financer de tels frais. Nous l'informons que nous comprenons ses préoccupations pour la garde de son enfant, mais qu'il peut alors décider de rester à mi-temps à la maison pour s'occuper de son enfant et travailler l'autre mi-temps. Une telle décision aura alors des répercussions pour le calcul des prestations (changement de méthode). Nous lui rappelons que chaque parent qui travaille est amené à trouver des solutions pour les enfants et que l'organisation familiale ne doit pas entraver une réadaptation professionnelle » (premier entretien du conseiller en réadaptation professionnelle du 22 décembre 2011, dossier OAI, pièce 338) Compte tenu de son cas tout particulier et du combat qu'il a mené pour obtenir la garde de sa fille, l'on peut considérer que, s'il s'était retrouvé divorcé mais sans être invalide, il n'aurait pas pour autant travaillé à plein temps. Partant, le choix de calculer son taux d'invalidité selon la méthode mixte est fondé. b) revenu d'invalide L'enquête économique sur le ménage (dossier OAI, pièce 499) a révélé, tout comme les médecins l'avaient indiqué, que le recourant n'est pas aussi limité dans ses mouvements qu'il ne le prétend et que, dans l'ensemble, il ne subit pratiquement aucune restriction dans la tenue de son ménage. Le revenu d'invalide découlant de la prise en compte de cette réalité ne saurait ainsi être critiqué, sinon pour le seul principe. Par ailleurs, vu les très nombreux éléments extérieurs figurant au dossier qui influencent d'ores et déjà le taux de capacité de travail résiduelle, qui, comme il a été dit, pourrait même être plus élevé que 50%, l'on ne saurait encore opérer, comme le souhaite le recourant, une réduction supplémentaire sur le revenu exigible d'invalide. Sur ce tout dernier point, les conclusions de l'OAI n'apparaissent pas comme infondées et ne semblent pas devoir être remises en cause.

E. 8

En résumé, la suppression de la rente entière se justifie. Les conclusions claires et détaillées de l'expert s'accordent en effet avec celles des autres médecins et du personnel administratif chargé de la réadaptation du recourant qui, dans l'ensemble, ont signalé de nombreuses discordances. Elles vont en outre dans le sens des éléments figurant au dossier qui attestent que le recourant a recouvré sa capacité de travail et de gain. Il s'agit-là d'un changement des circonstances dont il y avait bien lieu de tenir compte, ce qui a conduit, au terme d'un calcul exact, à la suppression de la rente entière. Le recours s'avère ainsi infondé et doit être rejeté. La décision querellée est pour sa part confirmée. a) Des frais de justice d'un montant de 800 francs sont mis à la charge du recourant qui succombe. Vu l'octroi de l'assistance judiciaire totale, ils ne lui sont toutefois pas réclamés.

Tribunal cantonal TC Page 20 de 20 b) Il reste précisément à fixer l'indemnité due au mandataire qui agit comme défenseur d'office. Celui-ci a produit sa liste d'honoraires le 27 octobre 2014. Elle atteste d'un temps total de travail de 18,33 heures, ce qui peut correspondre aux nombres d'heures strictement nécessaires à effectuer dans le cadre d'une telle affaire de suppression de rente, si l'on se réfère notamment au nombre des pièces figurant au dossier OAI (542). Ces heures seront indemnisées au tarif horaire de l'assistance judiciaire de 180 francs (dans le sens de l'art. 12 du Tarif applicable en matière de juridiction administrative [RSF 150.12]), pour un premier montant de 3'300 francs. A cela s'ajoutent encore les frais, à 173 fr. 30. Sera enfin retenue sur ces montants une TVA à 8%, de 277 fr. 85. Au final, une indemnité de 3'751 fr. 15 est allouée au défenseur d'office. Elle est mise à la charge de l'Etat de Fribourg. la Cour arrête: I. Le recours est rejeté et la décision de suppression de rente est confirmée. II. Des frais de justice d'un montant de 800 francs sont mis à la charge du recourant qui succombe; vu l'octroi de l'assistance judiciaire

totale, ils ne lui sont toutefois pas réclamés. III. Une indemnité de partie de 3'751 fr. 15 (avec TVA de 8% incluse, de 277 fr. 85) est accordée au défenseur d'office. Elle est intégralement mise à la charge de l'Etat. IV. Communication. 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 29 décembre 2014/mbo
Présidente Greffier-rapporteur

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