

# FR\_GERICHTE 608 2015 217 vom 22. November 2016

FR Kantonsgericht, 2016-11-22, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr\\_gerichte\\_608\\_2015\\_217](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_608_2015_217)

FR: FR\_GERICHTE 608 2015 217 du 22 novembre 2016

IT: FR\_GERICHTE 608 2015 217 del 22 novembre 2016

## Regeste

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

## Erwägungen

### E. 29

août 2003, il a été victime d'un accident de la circulation, alors qu'il était sous l'emprise de l'alcool, et a été hospitalisé à l'Hôpital D.\_\_\_\_\_. Le cas a été pris en charge par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après: CNA), à Lucerne. Les lésions consistaient en un fracture-tassement du corps vertébral D12 sans atteinte du mur postérieur et une grosse lésion ligamentaire au genou droit. Après une intervention chirurgicale au genou droit en novembre 2003, l'assuré a immédiatement bénéficié d'un séjour au sein de la Clinique romande de réadaptation, (ci-après: CRR), à Sion, à la suite duquel il a repris son ancien emploi à 50%. Le 5 juillet 2004, l'assuré a déposé une demande de prestations AI pour adultes auprès de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg (ci-après: OAI) en se référant à l'accident précité, qui a provoqué des douleurs dans le dos et le genou droit, et en requérant un reclassement dans une nouvelle profession. Compte tenu des difficultés à augmenter son temps de travail, un stage d'orientation professionnelle a été organisé à la fin 2004. L'assuré n'a toutefois pas pu le débiter, dès lors qu'il a été victime d'un nouvel accident, consistant en une chute sur son lieu de travail, le 9 décembre 2004, ayant engendré une période d'incapacité totale de travail. Par la suite, il a continué à se plaindre de douleurs lombaires et au genou droit. Vu l'évolution peu favorable, un second séjour à la CRR a été mis sur pied par la CNA du 10 août au 7 septembre 2005. Après évaluation du dossier par le médecin sur Service médical régional Berne/Fribourg/Soleure (ci-après: SMR), un stage d'observation et d'évaluation professionnelle a été organisé par l'OAI, du 29 mai au 23 juin 2006, auprès du Centre d'observation professionnelle de l'AI (ci-après: COPAI), à Yverdon-les-Bains. Dans ce cadre, l'assuré a notamment été examiné par la Dresse E.\_\_\_\_\_, médecin-conseil auprès du COPAI, laquelle a conclu à l'exigibilité d'une activité adaptée à 50% au plus, moyennant certains aménagements. Ce rapport a emporté la conviction du médecin SMR. Par décision du 28 novembre 2008 et se fondant sur l'avis du SMR, l'OAI lui a octroyé une demi-rente d'invalidité à partir du 1er août 2004, fondée sur un taux d'invalidité de 50%, puis un trois-quarts de rente (60%) dès le 1er décembre 2004, ensuite une rente entière (100%) dès le 1er mai 2005 et enfin une demi-rente (54%) dès le 1er juin 2006. Il convient encore de préciser que toutes ces rentes se sont vues réduites, entre 15 et 30%, pour faute grave. Dans le cadre d'une procédure de révision engagée en septembre 2012, une expertise orthopédique a été requise de la part du Dr F.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, lequel a rendu son rapport le 24 mars 2015. Au terme de son examen, ce dernier a confirmé la présence d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée,

moyennant le respect de certaines limitations fonctionnelles. En outre, une surveillance a été mise en place durant les mois de mai et juin 2015, au cours de laquelle l'assuré a été observé en train de travailler sur des chantiers. Par décision du 21 juillet 2015, l'OAI a tout d'abord suspendu avec effet immédiat le versement de la demi-rente d'invalidité, avant de la supprimer complètement, avec effet à la date de la suspension, par décision du 19 octobre 2015. Se référant à l'expertise du Dr F. \_\_\_\_\_ ainsi qu'à la surveillance effectuée, il a considéré qu'il ne faisait plus de doute que l'état de santé de l'assuré s'était amélioré et qu'il était à nouveau en mesure d'exercer une activité lucrative à plein temps,

Tribunal cantonal TC Page 3 de 11 sans diminution de rendement, dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles et ce, depuis bien des années déjà. La comparaison des revenus a abouti à un taux d'invalidité nul. B. Contre cette décision, A. \_\_\_\_\_ représenté par Me Florine Küng, avocate, interjette recours de droit administratif le 19 novembre 2015. Il conclut, principalement, au maintien du droit à une demi-rente entière d'invalidité au-delà du 1er juillet 2015 et, subsidiairement, au renvoi de la cause à l'autorité intimée pour instruction complémentaire, sous la forme d'une expertise. A l'appui de son recours, il conteste tout d'abord les reproches formés à son encontre concernant le fait qu'il n'aurait pas annoncé à temps sa prise d'activité auprès de la société G. \_\_\_\_\_ Sàrl, relevant avoir toujours informé l'OAI de ses projets. Il ajoute que s'il était effectivement présent toute la journée sur les chantiers, son rendement était toutefois bien plus faible, raison pour laquelle il n'était engagé qu'à 40 ou 50%. Il remet en outre en cause les conclusions de Dr F. \_\_\_\_\_, sur lesquelles l'OAI s'est fondé, invoquant qu'elles se trouvent être en totale contradiction avec les avis de plusieurs autres médecins. Il requiert tout au moins qu'une nouvelle expertise pluridisciplinaire soit réalisée, relevant notamment que l'OAI n'avait pas tenu compte de certains facteurs (âge, formation, capacités intellectuelles, connaissances linguistiques) malgré sa motivation à sa travailler. Le 6 janvier 2016, le recourant s'est acquitté d'une avance de frais de CHF 800.-. Le 19 février 2016, Me Küng informe qu'elle ne représente plus les intérêts du recourant. Dans ses observations du 18 mars 2016, l'autorité intimée conclut au rejet du recours. Après avoir rappelé en détail l'évolution dans ce dossier, elle relève tout d'abord que l'assuré l'avait certes avisée d'une opportunité d'essai à la fin février 2014, mais qu'il avait également été convenu qu'il transmette une copie du contrat en cas d'engagement, ce qu'il n'a jamais fait. L'OAI énumère en outre toute une série d'exemples démontrant que l'assuré n'était pas de bonne foi. Il estime qu'il a mené toutes les mesures d'instruction nécessaires et que la situation démontre clairement que celui-ci présente une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. Il rappelle enfin que c'est bien l'assuré qui a choisi de poursuivre l'exercice d'une activité contre-indiquée, malgré la proposition d'aide au placement dans une activité adaptée qui lui avait été faite en 2008 déjà. Ces observations ont été transmises au recourant le 28 avril 2016, lequel n'y a pas réagi. Le 20 octobre 2016, H. \_\_\_\_\_ SA, en sa qualité de fonds de prévoyance LPP intéressé, a été appelée en cause. En réponse du 8 novembre suivant, elle a renoncé à se déterminer, tout en précisant que la dénomination exacte de l'institution de prévoyance compétente était la Fondation collective LPP H. \_\_\_\_\_. Un exemplaire de ce courrier a été transmis à cette dernière, ainsi qu'aux parties, pour information. Il sera fait état des arguments, développés par elles à l'appui de leurs conclusions, dans les considérants de droit du présent arrêt, pour autant que cela soit utile à la solution du litige. en droit 1. Interjeté en temps utile auprès de l'autorité judiciaire compétente et dans les formes légales par un assuré directement touché par la décision attaquée, le recours est recevable. 2. a) Aux termes de l'art. 8 de la loi du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances

sociales (LPGA; RS 830.1), applicable par le renvoi de l'art. 1 al. 1 de la loi du 19 juin Tribunal cantonal TC Page 4 de 11 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. D'après l'art. 4 al. 1 LAI, l'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. D'après l'art. 28 LAI, l'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation (let. a), s'il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) et si, au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins (al. 1). La rente est échelonnée selon le taux d'invalidité (al. 2). D'après l'art. 16 LPGA, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu du travail 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. Il découle de la notion d'invalidité que ce n'est pas l'atteinte à la santé en soi qui est assurée; ce sont bien plutôt les conséquences économiques de celle-ci, c'est-à-dire une incapacité de gain qui sera probablement permanente ou du moins de longue durée (ATF 127 V 294). 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). b) Lorsque des expertises confiées à des médecins indépendants sont établies par des spécialistes reconnus, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier et que les experts aboutissent à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 122 V 157 consid. 1c et les références). En présence d'avis médicaux contradictoires, le juge doit apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt que sur une autre. A cet égard, l'élément décisif pour apprécier la valeur probante d'une pièce médicale n'est en principe ni son origine, ni sa désignation sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu. Il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 125 V 351 consid. 3a, 122 V 157; RAMA 1996 n° 256 p. 217 et les références). En outre, il y a lieu d'attacher plus de poids à l'opinion motivée d'un expert qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin traitant dès lors que celui-ci, vu la relation de confiance qui l'unit à son patient, est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour lui (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées; RCC 1988, p. 504 consid. 2). Cette réserve s'applique également aux rapports médicaux que l'intéressé sollicite de médecins non traitants spécialement mandatés pour étayer un dossier médical. Toutefois le simple fait qu'un certificat médical est établi

Tribunal cantonal TC Page 5 de 11 à la demande d'une partie et est produit pendant la procédure ne justifie pas en soi des doutes quant à sa valeur probante (ATF 125 V 353 consid. 3b/dd et les références citées). Enfin, selon la jurisprudence du Tribunal fédéral (arrêt TF 9C\_201/2007 du 29 janvier 2008), l'on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou un juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. c) Selon l'art. 17 LPGa, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision. La rente peut ainsi être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain (ou d'exercer ses travaux habituels) ont subi un changement important (ATF 109 V 108 consid. 3b, 107 V 219 consid. 2, 105 V 29 et les références, VSI 1996 p. 188 consid. 2d). Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient lorsque la décision initiale de rente a été rendue, respectivement lorsqu'elle a été revue, avec les circonstances régnant à l'époque du prononcé de la décision litigieuse (ATF 130 V 351 consid. 3.5.2, 125 V 369 consid. 2 et la référence; voir également ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). Le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une révision correspond à la dernière décision qui repose sur un examen matériel du droit à la rente, avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit (ATF 133 V 108 consid. 5.4 p. 114 cité par la juridiction cantonale). Une communication, au sens de l'art. 74ter let. f RAI, a valeur de base de comparaison dans le temps si elle résulte d'un examen matériel du droit à la rente (cf. arrêts TF 9C\_46/2009 du 14 août 2009 consid. 3.1 in SVR 2010 IV n° 4 p. 7; 9C\_910/2010 du 7 juillet 2011 consid. 3.2 a contrario). L'art. 88a al. 1 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI; RS 831.201) prévoit que si la capacité de gain de l'assuré s'améliore ou que son impotence s'atténue, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit aux prestations dès que l'on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre. Quant à l'art. 88bis al. 2 RAI, il dispose que la diminution ou la suppression de la rente ou de l'allocation pour impotent prend effet, au plus tôt le premier du deuxième mois qui suit la date de la notification (let. a), ou rétroactivement à la date où elle a cessé de correspondre aux droits de l'assuré, s'il se l'est fait attribuer irrégulièrement ou s'il a manqué, à un moment donné, à l'obligation de renseigner qui lui incombe raisonnablement en vertu de l'art. 77, que la poursuite du versement de la prestation ait eu lieu ou non en raison de l'obtention irrégulière ou de la violation de l'obligation de renseigner (let. b). 3. En l'espèce, le litige porte sur la question de savoir si l'état de santé du recourant s'est amélioré au point de justifier la suppression du droit à la rente ainsi que, cas échéant, à partir de quelle date. a) Il convient de revenir sur le dossier médical et tout d'abord sur la situation telle qu'elle se présentait au moment de la décision initiale, à savoir le 28 novembre 2008. Pour rendre sa décision, l'OAI s'est fondé sur les documents suivants:

Tribunal cantonal TC Page 6 de 11 - Le rapport du 26 septembre 2005 rendu au terme du séjour du recourant au sein de la CRR, au cours duquel celui-ci a été examiné au plan

psychiatrique, par le Dr I. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, au plan somatique, par le Dr J. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine physique et réhabilitation ainsi qu'en rhumatologie; il a également bénéficié de différents traitements de physiothérapie. Au plan psychiatrique, le spécialiste concerné confirme l'absence de troubles psychiques atteignant le seuil diagnostique et écarte en particulier la présence d'un état de stress post traumatique. Son opinion rejoint dès lors l'évaluation effectuée lors du précédent séjour de l'assuré à la CRR, environ une année plus tôt. Au plan somatique, le Dr J. \_\_\_\_\_ note tout d'abord que l'assuré "a eu une fracture de L3 le 09.12.2004, traitée conservativement. Depuis, il persiste un handicap fonctionnel subjectif important, en raison notamment d'une douleur intense interdisant, selon lui, toute reprise professionnelle". Il rappelle également que l'assuré avait été victime d'une autre fracture, en D12, qui avait été traitée par spondylodèse et qui avait bien évolué avec une reprise rapide du travail. Au terme de l'examen clinique, il relève que "des séances de physiothérapie ont permis une discrète amélioration des capacités fonctionnelles dans la vie quotidienne [...]. Toutefois, les phénomènes douloureux restent importants et le handicap fonctionnel également". Un traitement antalgique par Tramal a permis de diminuer les douleurs "de façon modérée mais significative selon le patient". Au final, le Dr J. \_\_\_\_\_ estime qu'il est encore trop tôt pour affirmer que l'état est stabilisé et considère comme raisonnable de se donner encore 2 à 3 mois pour la rééducation fonctionnelle. "Au terme de ce délai et selon l'évolution, une évaluation des capacités fonctionnelles pourrait être réalisée de façon à préciser les aptitudes physiques liées au travail. Il semble que pour le moment le patient n'ait pas fait le deuil de sa profession et qu'il n'envisage pas d'autre activité que celle de maçon". - Le rapport établi le 11 janvier 2006 par le Dr K. \_\_\_\_\_, médecin d'arrondissement de la CNA, dans lequel celui-ci conclut que l'activité sur les chantiers n'est pas exigible, mais que "dans un autre travail, de type industriel, au sol plat, avec sollicitation alternée et sans port de charges, est exigible un horaire de travail normal avec un rendement de 100%". Son avis est avant tout basé sur l'examen de l'assuré, au cours duquel le médecin relève notamment un certain manque de précision dans les déclarations de celui-ci et la présence de symptômes de non-organicité de Waddell. "A mon avis, le patient doit bénéficier d'un reclassement professionnel et toujours selon moi une reprise chirurgicale au niveau du rachis ne va pas améliorer la situation". - Dans son rapport du 27 mars 2006, le Dr L. \_\_\_\_\_, médecin-chef au Service d'anesthésiologie et antalgie de M. \_\_\_\_\_, après avoir brièvement rappelé le contexte médical, relève tout d'abord qu'"à l'examen, Monsieur A. \_\_\_\_\_ apparaît très tendu, les mouvements sont bloqués dans tous les axes. C'est essentiellement la peur d'avoir mal plutôt que la douleur à proprement parler qui semble gênante. Les symptômes qui n'ont pas de connotation particulière répondent modérément à 3 x 100 mg de Tramal. L'évocation d'une possible injection épidurale effraie beaucoup Monsieur A. \_\_\_\_\_ qui déclare préférer rester tel qu'il est plutôt que de prendre le moindre risque". A l'appréciation, le spécialiste confirme la présence de séquelles douloureuses évidentes de fracture-tassement de deux vertèbres lombaires. "Toutefois, les symptômes paraissent disproportionnés par rapport aux lésions résiduelles. Il m'apparaît que deux éléments non organiques jouent un rôle déterminant et compte tenu du contexte, je pense qu'il n'existe pas, actuellement, d'indication à des traitements antalgiques interventionnels. S'agissant de la perspective professionnelle, je dois bien dire que je suis un peu pessimiste quant à la récupération de la capacité de travail de ce malade au chômage depuis deux ans et dont les difficultés d'expression rendront certainement une réorientation difficile".

Tribunal cantonal TC Page 7 de 11 - Le rapport rédigé le 3 juillet 2006 par la Dresse E. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne et en rhumatologie et médecin-conseil de l'Oriph. Après rappel anamnestique, elle procède à l'examen d'un "patient collaborant, en bon état général, sans signe d'état dépressif, paraissant bien mobile dans les changements de position". Dans le cadre de ses conclusions, elle considère que "seules des activités légères, permettant l'alternance des positions, telles que celles proposées dans notre centre, peuvent être envisagées, son ancienne activité de maçon devant être définitivement abandonnée. Les limitations physiques observées lors des quatre semaines sont importantes [...] Cliniquement, on constate en début de stage un important syndrome lombo-vertébral, qui se péjore au cours de l'évaluation [...] Les rendements sont restés de l'ordre de 50% en moyenne. En conclusion, on ne peut, dans cette situation difficile et chronique, exiger une activité à plus de 50%, en retenant par ailleurs la possibilité d'un certain absentéisme et une certaine diminution des rendements lors de période de décompensation. Ce 50% n'est par ailleurs pas envisageable sur la mi-journée, son endurance posturale pouvant être optimisée par un fractionnement de l'horaire avec une longue pause à midi". Ces conclusions sont identiques à celles figurant dans le rapport de stage du 10 juillet. - Dans son rapport du 22 janvier 2008, la Dresse N. \_\_\_\_\_, médecin SMR, se réfère aux rapports précités et donne la préséance aux conclusions du COPAI, dès lors que les observations ont eu lieu sur plusieurs semaines et que leur valeur probante est bonne, car basée sur des faits concrets. Elle nuance toutefois l'exigibilité, en ce sens que l'assuré devrait pouvoir exercer une activité à mi-temps la matinée entière et se reposer l'après-midi, dès lors qu'il a été en mesure de faire un horaire de 35 heures au COPAI avec un rendement de 50%. C'est sur cette base qu'une demi-rente d'invalidité, fondée sur un taux d'invalidité de 54%, a été accordée au recourant dès le 1er juin 2006, par décision du 28 novembre 2008. b) Depuis la décision qui sert comme point de comparaison les faits suivants peuvent être relevés : - Décision du 24 août 2010 par laquelle la CNA retient l'existence d'une incapacité de gain de 20%, donnant lieu à une rente du même taux, avec réduction de 22% pour faute. - Le rapport du 14 septembre 2010 du Dr O. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, pose les diagnostics suivants: hernie discale L2-L3 D para-médiane symptomatique sous forme de lombo-cruralgies, status post spondylodèse D10-D12, status post fracture tassement L2. A l'anamnèse, il constate que, depuis mi-janvier, les lombalgies sont plus importantes avec irradiation vers la cuisse droite. "Vu la symptomatologie algique sans déficit, nous instaurons un traitement conservateur [...]. En cas de péjoration ou déficit, il devra tout de suite nous contacter". - Dans son rapport de septembre 2013, le Dr P. \_\_\_\_\_, généraliste FMH et médecin traitant, reprend les diagnostics posés par le Dr O. \_\_\_\_\_ et retient une incapacité de travail de 60%. - Le rapport du 30 juin 2014 du Dr Q. \_\_\_\_\_, généraliste FMH et médecin SMR, dans lequel il constate que l'assuré, au bénéfice d'une rente depuis 2006, n'avait plus été revu par les spécialistes qui l'avaient opéré et suivi à l'époque, et note en outre que le généraliste traitant atteste d'une diminution de la capacité de travail à 40% dans une activité adaptée. Retenant que l'état de santé "s'est possiblement aggravé par l'apparition d'une hernie discale L2-L3 avec lombo-cruralgies chroniques depuis 2010", il recommande qu'un "examen spécialisé de l'ensemble de la problématique lombaire de l'assuré" soit mise sur pied. - L'expertise de chirurgie orthopédique établie le 24 mars 2015 par le Dr F. \_\_\_\_\_. Après rappel de la documentation médicale, établissement de l'anamnèse, indication des plaintes de l'assuré et

Tribunal cantonal TC Page 8 de 11 passation d'un examen clinique extensif (comprenant notamment l'examen du rachis cervical et lombaire, de l'articulation sacro-iliaque, des

hanches, des genoux et des chevilles), comprenant la prise de connaissance de l'imagerie (radiographies et IRM), l'expert retient les diagnostics suivants: status post fracture tassement du corps vertébral de TH 12 le 29.08.03, status post redressement de la fracture TH 12 par distraction et greffe du corps vertébral par voie transpédiculaire droite avec matériel hétérologue avec pose de fixateur interne TH11-L1 le 02.09.03, status post fracture-tassement du plateau supérieur de L2 et des apophyses transverses droites de L1, L2, L4 le 09.12.04, status post traitement par corset de la fracture-tassement du plateau supérieur de L2 avec sténose foraminale mixte L2/L3 avec contact radiculaire bilatéral prédominant avec la racine L2 droite et dégénérescence discale L3/L4 Pfirmann I. Différents diagnostics, relatifs au genou droit et à la cheville gauche, sont considérés comme sans répercussion sur la capacité de travail. "Les plaintes de l'assuré, si elles concernent toujours le rachis et le genou droit, sont modifiées de par leur intensité et leur fréquence. En effet, seul du paracétamol est placé en réserve et les douleurs sont moins fréquentes, à prédominance nocturne. On rappelle que l'assuré a même tenté de travailler il y a peu comme aide-peintre. L'examen clinique du genou droit est tout à fait rassurant. Il n'existe pas de syndrome inflammatoire, à genou stable dans tous les plans, et sans point d'appel méniscal. Seule la rotule est peu stabilisée sur le plan interne, en raison d'une insuffisance du vaste interne, diagnostic non invalidant car accessible à la physiothérapie. L'examen radiographique montre des lésions dégénératives toutes débutantes Kellgren et Lawrence grade I, sans symptomatologie clinique et ne nécessitant pas de traitement antalgique fixe, ni antiinflammatoire local ou par voie générale mais autorisant l'utilisation du motoculteur. Ce diagnostic n'est pas retenu comme invalidant [...] L'examen clinique du rachis est marqué par une nette amélioration de la mobilité globale, marquée par une distance doigts-sol nulle, en l'absence de syndrome radiculaire et médullaire. Il n'existe pas de cruralgie, qu'elle soit droite ou gauche. [...]". Le pronostic est donc bon, les lésions fracturaires étant consolidées depuis longtemps, sous réserve de ne pas placer le rachis dans des conditions biomécaniques qui pourraient aggraver les lésions. De l'avis de l'expert, la dernière activité exercée (aide-peintre à 40%) n'est pas exigible, dès lors qu'elle ne permet pas le respect des limitations fonctionnelles. Dans une activité respectant dites limitations, une pleine capacité de travail, sans baisse de rendement, est par contre admise dès le mois de mars 2006 déjà: "La date du mois de mars 2006 est choisie, en accord avec le Service Médical Régional, comme étant celle de la date de stabilisation de l'état médical. Dès janvier 2006, le médecin d'arrondissement relève la présence de signes de Waddell. Mais mars 2006 est aussi la date de l'appréciation par le médecin antalgiste de l'importance des facteurs comportementaux de l'assuré [...]. Je m'écarte de la capacité de travail du médecin de famille, ne retenant pas le diagnostic de cyphoscoliose ni celui de syndrome douloureux de la cheville gauche, à cheville stable et indolore et à fracture fibulaire guérie". L'expert précise également que l'état de santé de l'assuré ne s'est pas modifié depuis le rapport établi par la Dresse E. \_\_\_\_\_ le 3 juillet 2006: "A mon sens, l'évaluation de la capacité de travail de l'assuré était alors surtout fondée sur des éléments subjectifs, descriptifs, fournis par l'étude de l'assuré lors du stage, mais sans mise en relation avec un diagnostic étiologique de cet état de fait. On rappelle qu'à cette date, les lésions rachidiennes et du genou étaient stabilisées. Les facteurs comportementaux relevés par le médecin d'arrondissement comme par le médecin antalgiste et soutenu par la possibilité de faire près de 90 km journalier auraient été des éléments dont l'origine médicale eût été à identifier. Je rejoins en cela l'avis du médecin d'arrondissement du mois de janvier 2006 qui retenait une pleine capacité de travail dans une activité adaptée ". - Le rapport complémentaire du 3 août

2015 du Dr F. \_\_\_\_\_, dans lequel ce dernier prend position sur le matériel de surveillance récolté par l'Agence IFD, qui lui a été soumis par l'OAI.

Tribunal cantonal TC Page 9 de 11 Rappelant la présence, chez l'assuré, de limitations fonctionnelles directes et indirectes, il relève ce qui suit: "Exercer une profession lourde comme le montrent ces images met gravement en danger le montage chirurgical, met en danger les disques adjacents et entraîne un risque très élevé de lésion médullaire. Une telle attitude de la part de l'assuré n'est pas compréhensible". c) Appelée à statuer, la Cour de céans estime que la cause est suffisamment instruite pour trancher. D'emblée, la Cour de céans constate que l'expertise rhumatologique sur laquelle s'est fondé l'OAI pour rendre sa décision respecte les exigences générales de la jurisprudence en matière d'expertise (cf. supra 2b), se fonde sur des examens complets et a été établie en pleine connaissance du dossier, après que le médecin ait personnellement reçu le recourant. Celui-ci a pris en considération les plaintes exprimées par le patient et les points litigieux importants ont fait l'objet d'une étude fouillée. Enfin, l'appréciation médicale est claire et les conclusions sont dûment motivées. Le tableau dressé par l'expert présente de manière circonstanciée et convaincante l'évolution de l'état de santé du recourant survenue postérieurement aux deux accidents de 2003 et 2004. La Cour de céans partage tout particulièrement son analyse de la situation prévalant au moment de l'octroi de rente, qui met en lumière une série d'indices qui auraient alors pu éveiller l'attention des médecins, respectivement de l'OAI. Ce dernier s'était alors fondé sur l'avis de son médecin SMR, lequel avait tenu pour probant le rapport de la Dresse E. \_\_\_\_\_, établi lors du stage que le recourant effectuait en COPAI. Cependant, celle-ci semble s'être avant tout fondée sur l'attitude de l'assuré durant le stage ainsi que ses déclarations, plutôt que sur un examen clinique approfondi; en particulier, aucune référence au dossier médical antérieur ou aux clichés radiologiques n'est mentionnée. Or, quelques mois plus tôt, deux autres praticiens, qui avaient eux aussi examiné personnellement l'assuré, émettaient des avis nettement plus nuancés à son égard: d'une part, le Dr K. \_\_\_\_\_, médecin d'arrondissement de la CNA, s'était fondé sur un examen clinique détaillé, au sortir d'un stage de réadaptation d'un mois à la CRR, pour conclure à une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée; d'autre part, le Dr L. \_\_\_\_\_, également dans le cadre d'un séjour dans une unité d'antalgie, ne se prononçait pas sur la capacité de travail, mais mettait en exergue la discordance entre les symptômes allégués et les lésions résiduelles. L'analyse faite par le Dr F. \_\_\_\_\_ démontre de manière particulièrement convaincante, sur la base d'une étude détaillée du volumineux dossier constitué par l'OAI et d'un examen clinique pour le moins rassurant (bonne mobilité globale et absence de syndrome radiculaire ou médullaire), que l'état de santé du recourant ne saurait justifier une incapacité de travail dans une activité adaptée. Au contraire, l'expert en rhumatologie expose, de façon convaincante, que celui-ci est (à nouveau) en mesure d'exercer une telle activité, pour autant qu'il soit tenu compte de certaines limitations et que ce sont essentiellement des facteurs comportementaux (tels que ceux déjà observés par les Drs K. \_\_\_\_\_ et L. \_\_\_\_\_) qui jouent un rôle prépondérant, dès lors qu'ils ne peuvent être mis en relation avec l'un des diagnostics retenus. Cette conclusion est également corroborée par une médication très légère (paracétamol en réserve). Le rapport établi en septembre 2013 par le généraliste traitant, de même que celui du 30 juin 2014 du médecin SMR, auxquels se réfère le recourant dans son mémoire de recours, ne sont pas aptes à remettre en cause la valeur probante de l'expertise. Sans même parler du lien de confiance unissant le premier cité à son patient (cf. supra consid. 2b), on remarque que l'avis émis par celui-ci est par trop lacunaire pour remettre en cause les conclusions du Dr F. \_\_\_\_\_. Il

ne consiste en effet qu'en un bref rapport, complété sur la base de la formule officielle, dans lequel le

Tribunal cantonal TC Page 10 de 11 Dr P. \_\_\_\_\_ admet l'exigibilité de l'ancienne activité à 40%, mais ne se prononce nullement au sujet d'une activité adaptée. Quant au rapport du second, il fait uniquement référence à une possible aggravation du fait de l'apparition d'une hernie discale en 2010 et préconise de ce fait la mise sur pied d'une expertise. Dès lors que dite expertise a précisément exclu qu'une telle atteinte puisse influencer la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée, on ne saurait tirer une quelconque contradiction entre les avis de ces médecins. On rappellera encore que, dans son rapport du 14 septembre 2010, dans lequel il avait diagnostiqué cette hernie, le Dr O. \_\_\_\_\_ s'était d'une part limité à instaurer un traitement conservateur, ce qui indiquait implicitement que la situation était sous contrôle, et terminait d'autre part en notant que le patient devait le recontacter tout de suite "en cas de péjoration ou de déficit". Dans la mesure où celui-ci ne s'est plus manifesté du tout, il convient d'en déduire que cette atteinte s'est rétablie et qu'elle n'empêche en tous les cas pas l'exercice d'une activité adaptée. Au final, les conclusions de l'expertise du Dr F. \_\_\_\_\_ emportent largement la conviction de la Cour de céans. Il n'est dès lors pas nécessaire de procéder à une expertise complémentaire, ainsi que l'a sollicité à titre subsidiaire le recourant, puisqu'il ressort du dossier que les symptômes et effets en lien avec les séquelles des accidents se sont considérablement améliorés. Partant, force est d'admettre que l'assuré est désormais en mesure de travailler à plein temps, dans une activité adaptée à ses problèmes de santé. Au vu de ce qui précède, la controverse entourant la surveillance du recourant, et en particulier en ce qui concerne l'annonce formelle de ses activités ainsi que la nature exacte de celles-ci, ne présente qu'un caractère anecdotique. Il importe peu, en effet, de savoir si celui-ci travaillait à un taux plus élevé que les 40% annoncés; est bien plus déterminant le fait qu'il est bel et bien en mesure d'assumer, à un taux bien plus élevé et donc avec de meilleurs revenus, une activité qui est ô combien plus compatible avec ses problèmes de santé. Le calcul du taux d'invalidité, au demeurant non contesté par le recourant, ne prête pas le flanc à la critique et peut dès lors être confirmé. En ce qui concerne la date à partir de laquelle la rente d'invalidité doit être supprimée, on constate que l'amélioration de l'état de santé du recourant, respectivement l'exigibilité de l'exercice d'une activité lucrative à plein temps, a été soupçonné suite au rapport d'une surveillance effectuée en mai et juin 2015 sur mandat de l'OAI. Mais c'est sur la base de l'avis de l'expert F. \_\_\_\_\_, qui a rendu son rapport le 24 mars 2015, que l'OAI a suspendu la rente litigieuse, dès le 21 juillet 2015. Il sied de tenir compte, pour confirmer cette date, que le recourant a renoncé à annoncer spontanément l'amélioration de son état de santé à l'OAI, alors que dite amélioration ne pouvait lui échapper. Le recours doit par conséquent être rejeté et la suppression de la rente d'invalidité confirmée avec effet à la date de sa suspension, soit dès le 21 juillet 2015, conformément à l'art. 88bis al. 2 let. b RAI. La procédure n'étant pas gratuite, les frais de justice, ici fixés à CHF 800.-, doivent être mis à la charge du recourant, qui succombe. Ils seront compensés avec l'avance de frais prestée. Il n'est pas alloué de dépens, vu l'issue de la procédure.

Tribunal cantonal TC Page 11 de 11 la Cour arrête: I. Le recours est rejeté. II. Les frais de justice, de CHF 800.-, sont mis à la charge du recourant et compensés avec l'avance du même montant versée le 6 janvier 2016. III. Il n'est pas alloué de dépens. 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 22 novembre 2016/hca/mba Président Greffier-rapporteur

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