

FR_GERICHTE 608 2019 323 vom 1. Juni 2021

FR Kantonsgericht, 2021-06-01, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_608_2019_323

FR: FR_GERICHTE 608 2019 323 du 1 juin 2021

IT: FR_GERICHTE 608 2019 323 del 1 giugno 2021

Regeste

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

Erwägungen

E. 20

février 2006, du 4 mars 2010, et du 24 février 2015. B. Faisant suite à un rapport de travail au noir du 28 novembre 2017 (dos. OAI 436), l'OAI a, le

E. 23

septembre 1996, OAI 116; des 1er août et 1er octobre 1996 du Dr E._____, orthopédiste, dos. OAI 129 et 114; des 21 août 1996 et 5 octobre 1996 du Dr D._____, dos. OAI 127 et 112; d'examens du 3 septembre 1996 de radiologie de la colonne lombaire et du thorax, Dr F._____, et d'EMG, Dr G._____, neurologue, dos. OAI 122 s.; d'examen final du 16 octobre 1996 de l'assureur-accidents, Dr H._____, dos. OAI 69). Le Dr E._____ retenait une évolution, quant à la stabilité du genou, bonne, voire excellente sur la base de l'examen clinique; le problème était désormais douloureux, plutôt, pour lequel il n'y avait en principe pas de solution chirurgicale; concernant le genou uniquement, le patient pouvait reprendre ses activités professionnelles à 50%; en outre, l'assuré avait subi plusieurs années avant l'accident une cure d'hernie discale (selon le dossier: en L5/S1 en 1993; en L4-L5 en 1990 selon d'autres indications initiales); ce problème de rachis l'avait motivé à changer d'activité en 1994; relativement aux lombosciatalgies dont il se plaignait à nouveau, le praticien se demandait si la situation du rachis était telle qu'il ne pouvait travailler. Les rhumatologues indiquaient que leurs examens n'avaient pas soutenu la présence d'une atteinte radiculaire ou neurogène; les lombalgies étaient ainsi décrites comme étant parfois accompagnées d'une irradiation pseudo-radiculaire à gauche; l'assuré avait en outre indiqué qu'après une situation très bonne après l'opération herniaire, la situation s'était péjorée suite à une chute d'une échelle en 1997 (cf. dos. OAI 238; ultérieurement, il mentionnera une péjoration depuis une occupation dans un atelier mécanique en juin 1999, dos. OAI 253). Pour le généraliste traitant, l'appréciation du Dr E._____ était cependant relativement sévère; il fallait tenir compte de la composante de la maladie du rachis (lombaires) et une reprise du travail ne pouvait intervenir. Pour le Dr H._____, le genou droit ne présentait pas de séquelle, celui gauche, oui, sous la forme d'une limitation de la flexion, une légère instabilité latérale interne et externe et une amyotrophie du quadriceps; le traitement médical était terminé. L'assureur-accidents a décidé, le 6 mars 1997 (dos. Tribunal cantonal TC Page 8 de 15 OAI 31), l'octroi d'une rente d'invalidité de 40%, et d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 20%; les prestations ont été diminuées de moitié du fait de la conduite alcoolisée. Enfin, la Cour relève que le Dr H._____ avait retenu, le 25 octobre 1996 (cf. dos. OAI 347), en relation avec l'accident uniquement, sans prendre en compte l'opération de hernie et le

changement d'activité antérieurs, une exigibilité probablement nulle dans l'activité d'aide-boucher, mais de 100% et sans perte de rendement dans une adaptée (solicitation alternée, pas de port de charges lourdes,...). Jusqu'à la nouvelle dernière procédure de révision, les généralistes traitants attesteront toujours d'une incapacité de travail totale depuis l'accident; cependant, aucun traitement spécifique (orthopédie, ...) autre que conservateur (périodes de physiothérapie itératives, médicaments; cf. par exemple le rapport du Dr I. _____, du 25 janvier 2015, dos. OAI 430) n'est jamais intervenu ni pour la problématique en lien avec le polytraumatisme de 1995, ni avec les plaintes douloureuses lombaires, malgré les examens effectués (cf. par exemple, rapport du 4 novembre 1999 de la polyclinique de chirurgie de la colonne vertébrale, dos. OAI 238: syndrome lombaire chronique avec irritation intermittente radiculaire; status après l'opération herniaire). Il est ici souligné qu'après cette dernière, l'assuré a été en mesure de travailler à plein temps plusieurs années, jusqu'à l'accident, lequel n'a pas été mis en lien avec la récurrence de douleurs dont il se plaindra plus d'un an après celui-ci (cf. rapport du Dr D. _____ du 5 octobre 1996, dos. OAI 112). Il en va de même s'agissant des cervicalgies, irradiant dans les deux épaules, que l'assuré indique avoir connu à la suite d'un évitement de glissade dans les escaliers en freinant sa chute avec son membre supérieur droit (et non du fait de l'utilisation d'une canne à droite, comme soutenu ultérieurement; cf. rapport du 12 février 2009 du Dr J. _____, dos. OAI 402; arthropathie acromio-claviculaire et tendinopathie sous acromiale stade II droite), en décembre 2008, problématique pour laquelle aucune lésion neurogène n'était trouvée par le Dr G. _____ ni aucune proposition thérapeutique formulée (cf. rapport du 23 avril 2009, dos. OAI 400), et qui évoluent, selon l'assuré, en se péjorant depuis 2014 (cf. expertise, p. 27 et 30). Seules interviendront le traitement d'une arthropathie acromio-claviculaire droite, en août 2009, et une du biceps-coude gauche, en 2015, sans qu'une incapacité de travail, déterminante au sens de l'assurance-invalidité qui plus est, en lien avec ces atteintes et opérations ne soit jamais attestée.

3.2. Dans le cadre de la révision mise en œuvre fin 2017, un rapport d'expertise bidisciplinaire (psychiatrie et orthopédie) a été rendu le 21 décembre 2018 (dos. OAI 524; également complément du 13 septembre 2019, dos. OAI 652). Pour la Cour, les expertises réalisées sont détaillées et remplissent les conditions posées par la jurisprudence pour leur reconnaître force probante sur le plan formel. Pour leur appréciation, les experts se sont fondés sur l'étude de l'ensemble du dossier assécurologique. La teneur d'autres rapports et examens médicaux a en particulier été mentionnée. Chaque spécialiste a fait état notamment de l'anamnèse, ainsi que des plaintes, des données et indications subjectives de l'assuré, et des observations cliniques réalisées. Les experts ne se sont pas contentés de considérer de manière abstraite la problématique. Les points litigieux ont fait l'objet d'une étude circonstanciée et méthodologique, le contexte et l'appréciation médicaux ont été décrits de manière claire. Chaque expert a en particulier pu livrer ses constatations objectives obtenues lors de l'examen clinique mené, à l'occasion duquel il a pu examiner personnellement l'assuré et observer son comportement. C'est de façon claire que chacun a apporté une conclusion à son expertise et répondu aux questions qui lui étaient posées. Chacun s'est prononcé sur la question du suivi thérapeutique. Ils ont adopté des conclusions consensuelles.

Tribunal cantonal TC Page 9 de 15

3.2.1. L'expert-psychiatre, le Dr K. _____, ne diagnostique aucune atteinte psychique; il ne retient ni limitation fonctionnelle, ni incapacité de travail, ni empêchement ou difficulté à une réadaptation; la capacité de travail est totale, depuis toujours; il exclut d'ailleurs également tout antécédent. Sa position est d'ailleurs confirmée alors par le généraliste traitant de l'assuré ainsi que ce dernier, selon lequel il n'a aucune

limitation psychiatrique l'empêchant d'assumer une quelconque responsabilité professionnelle et trouve à la limite drôle d'être expertisé sur ce plan (cf. not. expertise, p. 13 ss). Le recours ne contient ni critique de ce volet ni demande de nouvelle expertise en la matière. La Cour relève que jusqu'au temps de la décision, qui fixe le terme du cadre temporel soumis à l'examen de la Cour, cadre qui se détermine en principe selon l'état de fait existant lors de la clôture de la procédure administrative (cf. ATF 131 V 242 consid. 2.1; 121 V 362 consid. 1b), seuls ont été déposés deux certificats du Dr L. _____, psychiatre traitant depuis le 12 juin 2019, attestant, sans précision, d'une incapacité de travail pour cause de maladie de 50% du 19 juin au 31 juillet 2019 (cf. dos. OAI 633 et 637; infra). L'assuré ne s'y est pas référé dans ses objections au projet de décision ni dans son recours, et ils ne permettent nullement de revenir sur l'appréciation détaillée de l'expert-psychiatre. Nulle atteinte psychique déterminante au sens de l'assurance-invalidité n'a jamais été prise en considération lors de l'octroi initial de la rente, ni subséquemment. Un suivi et/ou traitement d'un spécialiste n'est intervenu que depuis le 12 juin 2019. L'appréciation de l'expert-psychiatre est entièrement probante à cet égard. Une certaine amélioration de la situation peut même être observée quant aux difficultés et plaintes de l'assuré, puisqu'initialement, dans le contexte de l'accident et de ses suites, y compris pénales et financières, le généraliste traitant D. _____ avait en particulier évoqué un "état dépressif réactionnel" (cf. également son rapport du 17 novembre 2000, dos. OAI 364: dysthymie dépressivo-anxieuse, fluctuante, avec idées paranoïdes; aucune difficulté de l'humeur notée par le généraliste suivant); le sevrage d'alcool initié après l'accident a en outre abouti. Dans ses réponses au recourant, du 7 février 2020, le Dr L. _____ diagnostique cependant un trouble de l'adaptation persistant, avec réaction anxieuse et dépressive prolongée (F43.2), chez une personnalité au fonctionnement opératoire avec une conscience interprétative perturbée (F60.9). Un syndrome douloureux persistant est en outre constaté, évoluant depuis 1996, en tout cas, selon les observations de l'ancien généraliste traitant, le Dr D. _____. Selon le psychiatre traitant, l'état de santé de l'assuré, suivi depuis le 12 juin 2019 (quinze consultations), s'est aggravé depuis sa connaissance des conclusions de l'expertise; retenir une capacité de travail pleine alors qu'il avait été reconnu invalide depuis 1995 constitue un évènement traumatique majeur dans la vie de ce patient démuni, aux ressources adaptatives très limitées. Cela se manifeste par une réaction anxieuse et dépressive sévère caractérisée par des troubles du sommeil, de fréquents moments d'angoisse et tristesse, associés à des idées suicidaires, des ruminations anxieuses, des difficultés de concentration et de mémoire par des spasmes musculaires, ainsi que des acouphènes, des céphalées et des palpitations. Les limites fonctionnelles physiques préexistantes s'aggravent par l'accentuation de celles psychiques: trouble de la concentration, de la mémoire de travail, ralentissement psychomoteur, labilité émotionnelle, angoisse perçue et observée, augmentation de la sensibilité à la douleur ainsi qu'au moindre facteur de stress. La capacité de travail est nulle, et cela de façon définitive. Toute mesure de réadaptation est non seulement non exigible, mais contre-indiquée; la tentative de réinsertion de l'été 2019 l'a mis dans une situation de détresse psychologique extrême, se soldant par un échec absolument prévisible. Tribunal cantonal TC Page 10 de 15 La Cour souligne que ces réponses ont été données trois mois après la décision du 5 novembre 2019. Elles ne contiennent aucune remise en cause (motivée) de l'expertise. Le début de l'incapacité totale de travail psychique alléguée n'est pas précisé. Le psychiatre traitant suggère qu'il serait intervenu lorsque l'assuré a pris connaissance de l'expertise - soit, selon le dossier, à la mi-janvier 2019 (cf. dos. OAI 596). Cela confirme déjà qu'à tout le moins

jusqu'alors, aucune atteinte psychique, aucune limite sur ce plan-là n'existait. En outre, malgré ce traumatisme majeur allégué, dans les mois suivants, ni péjoration de la situation psychique, ni besoin de traitement ou de suivi particuliers ne sont rapportés, et ce jusqu'au 12-19 juin 2019, deux mois après le début du stage. Une atteinte psychique et une incapacité de travail ne sont dès lors pas retenus ici jusqu'à cette dernière date. Du 19 juin et jusqu'à la fin juillet 2019, le psychiatre traitant a attesté, sans autre mention, une incapacité de travail de 50%. Aucune indication (poursuite de l'incapacité de travail, etc.) n'a été fournie jusqu'au 7 février 2020. Le praticien ne précise en outre pas quand le taux d'incapacité de travail est, selon lui, passé de 50% à 100%, ni le pourquoi de cette aggravation ainsi que de son caractère définitif. Tout au plus semble-t-il rapprocher cela du stage de l'été 2019. Le traitement (médicaments, ...) n'est pas précisé plus avant. S'agissant des diagnostics posés par le Dr L. _____, hors la question des indicateurs jurisprudentiels, ceci: la classification F43.2 n'indique pas de quel trouble de l'adaptation il s'agit. Les qualificatifs de persistant et de prolongé semblent montrer un aspect de longue durée. Cependant, une limitation temporelle est en principe comprise dans la notion de trouble d'adaptation de sorte qu'un caractère de maladie potentiellement invalidante doit lui être nié (cf. arrêt TF 9C_2010/2017 du 2 mai 2017 consid. 3.2). Si la survenance d'un aspect réactionnel peut paraître plausible ici, même si on ignore si cela a été après le stage ou la décision de l'OAI, rien ne soutient un caractère déterminant et durable de l'atteinte au sens l'assurance-invalidité, y compris même relativement à une mesure d'ordre professionnel. Etant relevé en outre que ce diagnostic implique que ni l'anxiété ni les symptômes dépressifs vus par le praticien n'ont pour lui un caractère suffisamment grave ou en soi marquant pour justifier un diagnostic spécifique. Il en va de même du trouble de la personnalité, sans précision (F60.9), qui serait en lien (secondaire à?) avec le trouble de l'adaptation: la Cour ne distingue pas, et le dossier ne le fonde pas non plus, en quoi il pourrait être invalidant au sens de l'assurance-invalidité. Etant ajouté qu'un trouble de la personnalité F60 débute toujours dans l'enfance ou l'adolescence, et qu'on ne voit pas ici que tel aurait été le cas. Enfin, il est rappelé que, cas échéant, une certaine réserve est de mise quant à l'appréciation d'un médecin traitant. Ici, il est notamment difficile de démêler ce qui est plaintes purement subjectives du patient et ce qui est constatations médicales objectives. On observera en particulier que l'aggravation de l'état somatique du fait de celui psychique allégué n'a pas été rapportée par le généraliste traitant, que le dossier ne confirme pas l'assertion d'un échec, qui plus est "prévisible", du stage du fait de l'atteinte psychique (cf. dos. OAI 638 et rapport de stage, dos. OAI 640). Seules les plaintes de moral bas, de douleur au bras et à la jambe gauches, et de fatigue liées à ces dernières imposant, selon lui, de se coucher systématiquement après deux heures de présence ont été rapportées durant le stage et maintenues malgré l'adaptation du poste de travail; concentration, précision, etc., sont bonnes, et la qualité du résultat de toutes les activités est la meilleure possible ("élevée"); ce qui justifie, pour la Cour, qu'aucune nouvelle mesure d'ordre professionnel ne soit entreprise, que le recourant ne demande au demeurant plus. La Cour écarte dès lors toute atteinte psychique déterminante et durable au sens de l'AI, avec effet sur la capacité de travail. Autant qu'un substrat médical objectif soutiendrait les plaintes et limitations psychiques de l'assuré rapportées le 7 février 2020, ce qui n'est pas suffisamment démontré ni Tribunal cantonal TC Page 11 de 15 hautement vraisemblable, en tout état cause, cette pièce a trait à une situation postérieure au moment ici déterminant (cf. infra) et relaterait au plus un éventuel nouveau cas d'assurance non objet de la décision attaquée et de la présente procédure de recours. 3.2.2. L'expert en chirurgie orthopédique et traumatologie de

l'appareil locomoteur, le Dr M. _____, diagnostique, avec effet sur la capacité de travail: la présence des séquelles de la fracture ouverte du fémur gauche, distal, traitée chirurgicalement, depuis l'accident 1995, avec en dernier recours, une ostéotomie de valgisation d'ouverture tibiale et une plastie de stabilisation externe pratiquées en mai 1996; un status après hernie discale lombaire, opérée en 1993, avec une persistance de lombalgies avec des sciatalgies itératives qui ne sont pas systématisées. Sont sans incidence sur la capacité de travail: un status après fracture de la cheville droite et fracture du premier rayon de la main gauche, traitées de façon conservatrice; un status après arthropathie acromio-claviculaire droite, traitée dans un premier temps de manière conservatrice, puis chirurgicalement en 2009; des cervicalgies chroniques; des douleurs des deux coudes, correspondant peut-être à une insertiopathie du long chef du biceps à gauche, traité chirurgicalement en 2015. Les limitations fonctionnelles sont, dans toute activité: le port de charges supérieur à 10 kg, monter/descendre les escaliers, monter sur une échelle ou un échafaudage, le déplacement en terrain inégal. L'expertisé peut effectuer un travail en alternant les positions, celle assise étant limitée à 45 minutes, de même que celle debout, non stationnaire. La marche est limitée à 15 minutes. L'utilisation des membres supérieurs est normale. Pour le reste, il demeure totalement indépendant, peut utiliser sa voiture, promener son chien plusieurs fois par jour, ... Au niveau de la cohérence, les experts observent quelques divergences quant à ce qui a été dit à chacun d'eux, mais sans influence. Il est relevé en revanche que malgré des plaintes douloureuses semblables à celles formulées après l'accident de 1995, toujours, ainsi que l'assertion de n'avoir jamais exercé d'activité depuis, aucune atrophie musculaire n'est observée; l'assuré est de type athlétique. Et il y a peut-être une petite exagération des troubles, lors de l'examen, avec une attitude contractée des épaules et du rachis. L'expert confirmera cette certaine amplification des plaintes dans son complément d'expertise. L'ancienne activité n'est plus exigible, depuis l'accident. Dans une activité adaptée, rétrospectivement, la capacité de travail aurait dû être de 100% depuis le rapport du 25 octobre 1996 du Dr H. _____, hormis les périodes post-interventions à l'épaule droite en 2009 et pour une tendinite de l'insertion distale du long chef du biceps en 2015, pendant lesquelles elle a été temporairement nulle. Actuellement, elle est, du point de vue interdisciplinaire, totale. Malgré de nouvelles plaintes (cervicalgies, douleurs aux coudes), il n'y a pas eu de modification - s'entend, d'aggravation déterminante depuis l'appréciation du Dr H. _____ précitée. Il n'y a pas de traitement autre que celui de physiothérapie et d'antalgie. Pour la Cour, contrairement à ce que soutient le recourant, l'expert-orthopédiste a bien posé des diagnostics, non indiqué de simples symptômes. Il a ainsi, par exemple, considéré un status post- polytraumatisme avec des séquelles (p. 5; dolosives), à l'instar d'ailleurs de ce qu'on fait les autres médecins s'étant prononcés (cf. par exemple dos. OAI 364 et 402). Surtout, il s'est clairement déterminé quant aux effets sur la capacité de travail des atteintes objectivées par des pièces médicales ainsi que ses observations cliniques, et a formulé les limitations fonctionnelles y relatives. Pour ce faire, il s'est en particulier aussi fondé sur le dossier et les plaintes exprimées, y compris lors de l'expertise. Tribunal cantonal TC Page 12 de 15 Au demeurant, la détermination du 29 janvier 2019 (cf. dos. OAI 600) des mandataires de l'assuré ne contenait ni remise en cause des deux volets de l'expertise, ni mention d'une quelconque atteinte, mais uniquement l'accord à participer aux mesures d'ordre professionnel, lesquelles avaient, selon lui, notamment pour but de déterminer s'il avait ou non besoin d'une aide pour se réinsérer sur le marché du travail et mettre à profit sa capacité de travail médico-théorique. Sur le plan somatique, sans même évoquer la question du temps

déterminant pour la révision (cf. infra), il est relevé que jusqu'à la décision attaquée ont été déposées: une attestation du généraliste traitant, du 10 mai 2019 (dos. OAI 623), d'incapacité de travail pour maladie, de 50%, limitée du 6 au 31 mai 2019 et qui n'a pas de portée ici; un formulaire d'information et de consentement, établi par le Dr N. _____, orthopédiste, signé par l'assuré le 6 mars 2019, annonçant une neurolyse du nerf ulnaire et une transposition antérieure au coude gauche (chez un assuré droitier), en ambulatoire, prévue le 25 juillet 2019 - soit après le stage -, pendant 45min, avec un traitement post-opératoire de deux semaines de la plaie; doit aussi être prévue une évaluation future du positif et du négatif d'une intervention (semblable) à droite. Contrairement à ce qu'affirmé dans la détermination du 8 mars 2019 (dos. OAI 612), cette pièce n'atteste aucunement d'une impossibilité de réaliser le stage prévu avant l'opération; aucune limitation médicale ni aucune incapacité de travail n'y figurent; seuls des soins très temporaires postopératoires sont annoncés, constituant uniquement en une mobilisation immédiate selon le protocole opératoire du 25 juillet 2019 produit ultérieurement (cf. dos. OAI 668). Peu avant la décision attaquée, ont été produits: le rapport du neurologue Dr G. _____, diagnostiquant une lésion du cubital droit au coude et une épicondylite radiale sans atteinte neurogène, et préconisant une neurolyse du seul cubital, ainsi que le formulaire d'information et de consentement, du 9 octobre 2019, pour l'opération y relative prévue le 18 février 2020 (cf. dos. OAI 666 ss). Les mêmes remarques peuvent être faites: aucune incapacité de travail déterminante ne peut être retenue de ce fait. Enfin, le Tribunal observe que le recours ne contient aucune remise en cause (motivée) de l'appréciation de l'expert, singulièrement s'agissant des atteintes liées au polytraumatisme de 1995 et aux douleurs du rachis lombaire invoquées dès 1996. Ce n'est qu'avec le recours du 6 décembre 2019 qu'ont été produits le rapport du Dr G. _____ du 21 février et ses réponses du 12 mars 2019 au mandataire, ainsi que les rapports d'IRM de la colonne cervicale, du 8 octobre 2018, et de la colonne lombaire, du 21 mai 2019. Cela étant, aucune atteinte objective déterminante au sens de l'assurance-invalidité ne ressort des quatre documents précités. Seul le membre supérieur gauche y est examiné, ce qui confirme le bon fonctionnement de celui droit; la force musculaire y est constatée normale (M5), le nerf radial est normal, il n'y a pas de lésion radiculaire aiguë, mais uniquement une lésion (compression) du cubital au coude, pour laquelle un traitement conservateur est d'abord suggéré. S'agissant des cervicalgies alléguées, l'IRM n'a montré que des troubles dégénératifs - en lien avec l'âge (spondylose) -, qualifiés de discrets s'agissant des protrusions; aucune formation herniaire cervicale n'est mentionnée, seule une possible irritation radiculaire en C6, traitée par infiltration, est rapportée, ainsi qu'une en C7, mais sans signe de dénervation. Les constats de l'IRM lombaire sont aussi très rassurants, et somme toute conformes à son âge. Rien ne remet en cause l'appréciation de l'expert- orthopédiste (par exemple, p. 31 et 35 : douleurs aux coudes, mais force conservée constatée et pas d'incapacité y relative). Surtout, aucune incapacité de travail, aucune limitation n'y sont rapportées; seule est mentionnée à cet égard une évaluation de la situation après traitement du Dr N. _____, jamais produite. Il sied d'observer que les Drs N. _____ et G. _____ (de même que l'orthopédiste O. _____, vu en 2016 uniquement) n'avaient plus été consultés de 2015 jusqu'à la période postérieure à la communication de l'expertise en 2019 (de même entre 2009 et Tribunal cantonal TC Page 13 de 15 2015, pour le Dr G. _____; cf. dos. OAI 460; pce 5 du recourant). La Cour rejoint dès lors l'avis de l'expert (cf. ainsi expertise, p. 31; complément, dos. OAI 653) d'une certaine augmentation des plaintes, y compris en lien avec le stage et la réinsertion professionnels exigibles, que ne justifient pas des atteintes

objectives, mais qui apparaissent empreints de motifs étrangers à l'assurance- invalidité; on relèvera au passage que dans son rapport du 8 septembre 1999 (dos. OAI 252), le généraliste traitant D. _____ se disait persuadé que le couple cherchait coûte que coûte une rente. Enfin, après l'accident, une talonnette ou une surélévation de 2 cm avait été proposée, qu'a refusée l'assuré, arguant de douleurs plus importantes avec le bassin équilibré; des atteintes (futures) y liées n'apparaissent pas devoir être du ressort de l'assurance-invalidité, vu le devoir de diminuer son dommage (cf. expertise, p. 27 et 34). Quant aux réponses du 6 janvier 2020 du Dr P. _____, pneumologue, et celles du 26 février 2020 du Dr Q. _____, cardiologue, ce qui suit. Il est singulier que le recourant s'en prenne à la valeur probante de l'expertise (orthopédique) en faisant valoir des atteintes sortant en soi du champ de celle-ci et pour lesquelles il n'avait lui-même fait état d'aucune plainte ou limitation (déterminante), d'une part, ni n'a dû consulter avant que n'a été rendue la décision attaquée, d'autre part. Cela sort de la période déterminante ici (cf. infra). Des plaintes cardiaques et pulmonaires avaient au reste déjà été faites valoir après l'accident, sans que ne soit attestée nulle incapacité de travail à cet égard; une évolution nette vers une bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) liée à son statut de grand fumeur avait été diagnostiquée par son généraliste Dr D. _____ le 22 décembre 2005 (cf. dos. OAI 378; également), sans mention d'une limitation et d'un suivi particuliers; le 25 janvier 2015 (dos. OAI 430), le généraliste traitant Dr I. _____ avait diagnostiqué, sans effet sur la capacité de travail, une HTA traitée et une BPCO post-tabagique. Selon le Dr P. _____, cette BPCO stade III se traduirait par une dyspnée d'effort du fait d'une limitation de la capacité respiratoire, avec une "invalidité" médicale théorique pulmonaire de 51%. Cette incapacité de travail ne peut cependant aucunement être retenue ici: la Cour observe les précautions et réserves avec lesquelles le pneumologue formule son appréciation, qu'il base sur la seule exploration fonctionnelle de volume expiré maximal en une seconde (VEMS); aucune indication n'est donnée quant au moment depuis lequel cette atteinte se serait soudainement fortement péjorée; outre qu'une certaine amplification des plaintes n'est pas exclue chez un assuré faisant la mention pour la première fois à un médecin d'une dyspnée existant même lors de petits efforts, la Cour retient qu'en tout état de cause, l'exigibilité à plein temps d'une activité légère adaptée ne nécessitant pas d'effort demeurerait, activité existant dans le large panel de celles offertes à l'assuré. Ce qu'admet d'ailleurs le Dr P. _____, pour lequel, "il n'y a, d'un point de vue purement pulmonaire, pas de franche limitation à une activité qui ne nécessiterait pas d'effort physique". Les réponses du cardiologue Q. _____ ne justifient pas de s'écarter de ce qui précède non plus: s'il mentionne une intolérance à l'effort significative avec dyspnée au moindre effort, il souligne que celle-ci est de nature indéterminée et qu'elle n'est pas expliquée par la cardiopathie hypertensive avec coronaropathie débutante hémodynamiquement non significative qu'il diagnostique aussi; il ne se prononce en outre pas sur la capacité de travail, mais suggère de procéder à des examens complémentaires, que le recourant ne produira au demeurant pas, même à ce jour. 3.3. Au vu du dossier et de tout ce qui précède, aucune atteinte invalidante ne peut être retenue ici. Les conclusions consensuelles de l'expertise, probantes, peuvent être suivies. Une expertise neurologie/orthopédie n'est pas nécessaire. Une capacité de travail pleine et entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles figurant dans l'expertise sera dès lors retenue. Tribunal cantonal TC Page 14 de 15 S'agissant du temps depuis lequel une telle capacité doit être retenue, l'expert-orthopédiste a considéré que même en tenant compte d'un profil d'effort plus limité, pour observer aussi la problématique du rachis douloureux mentionnée mais non incluse

dans l'appréciation du Dr H. _____, puisque sortant du champ accidentel, cette exigibilité d'une activité adaptée existait depuis lors déjà. Le recourant ne se prononce pas à cet égard. Et l'on observera que, par exemple, le généraliste D. _____ avait, le 21 juillet 2009 (dos. OAI 397; cf. également l'appréciation du Dr I. _____ du 25 janvier 2015, dos. OAI 432 s., allant dans le même sens, avec mention d'une limite de poids de 5 kg) attesté l'exigibilité, en théorie, d'une autre activité moyennant qu'elle soit très légère et exercée en positions variées; seule était invoquée à son encontre la nécessité de motiver pour cela l'assuré, rentier depuis de nombreuses années, ce qui était jugé stérile. En soulignant que subjectivement, l'assuré s'est toujours déclaré, dès 1996, totalement incapable d'exercer une activité, et que l'expertise mentionnait également cela, la Cour retient qu'en tout état de cause, cet élément de la durée de perception d'une rente n'est aucunement pertinent médicalement et relativement à la capacité de travail en soi. Il en a été dûment tenu compte par l'octroi de mesures d'ordre professionnel en 2019. C'est le lieu de mettre en exergue les améliorations apparues depuis 1996, avec la disparition de toute atrophie du membre inférieur gauche, l'absence d'usage de deux cannes pour se déplacer ou de mention devant l'expert d'un périmètre de marche limité à quelques mètres uniquement, etc. Et, même si cet élément n'est pas pris en compte ici, notamment pas sous l'angle médical, on relèvera néanmoins la dénonciation de travail au noir de fin 2017: les inspecteurs ont indiqué avoir précisément trouvé, en conformité avec ce que dénoncé, l'assuré assis au volant d'un bus d'une entreprise, passant des appels à des clients de cette dernière, sans une personne de l'entreprise présente aux alentours. En rappelant le principe de la préférence données aux premières déclarations (cf. ATF 121 V 47 consid. 2a, 115 V 143 consid. 8c) et la maîtrise de la langue française de l'assuré (p. 31 et 38; dos. OAI 288 et 586), il y a lieu de se référer aux indications figurant dans le procès-verbal de contrôle (dos. OAI 438), les dénégations et explications successives de l'assuré ne convainquant pas forcément, puisqu'à leur terme, un bus d'entreprise rempli de marchandises aurait été laissé toutes portes ouvertes et sans surveillance aucune, et l'assuré, qui serait juste venu chercher, seul, 15 litres d'huile (représentant un certain poids), n'aurait passé en définitive qu'un téléphone à un autre client, et cette seule fois-là, pour rendre service au patron, qui avait pu l'appeler pour cela, mais ne pouvait le faire pour ses autres clients, ayant oublié sa liste de numéros; l'assuré avait en outre trouvé nécessaire de passer ce téléphone derrière le volant du bus. Il est difficile d'exclure là certains indices de l'exercice d'une activité, que paraît corroborer le fait que l'assuré a, selon ses dires, pu, sans se créer de dettes, soutenir financièrement sa famille, y compris son épouse, non intégrée, ne parlant pas français et n'ayant jamais travaillé, ce malgré des revenus totaux mensuels fort ténus, s'élevant en 2019 à CHF 2'809.- (cf. expertise, p. 14; dos. OAI 604). Cela étant, la Cour retient qu'au plus tard lors de l'examen par l'expert-orthopédiste, soit le 12 septembre 2018, la capacité de travail de l'assuré était pleine et entière dans une activité adaptée. Par rapport à ce qu'initialement retenu, cela constitue bien une amélioration notable de la capacité de gain; cette modification durable et stable devait, au vu du calcul aboutissant à une absence de tout degré d'invalidité figurant dans la décision attaquée, non contesté et sur lequel la Cour ne voit pas de motif de revenir, amener la suppression de la rente avec effet immédiat dès la date précitée (cf. art. 88a al. 1 1ère phrase RAI; arrêt TF 9C_78/2018 du 26 juin 2018 consid. 4). Au vu de l'âge de l'assuré et de la durée de la perception de sa rente, cette suppression a pu intervenir après la mise en œuvre d'une mesure d'ordre professionnel conformément à la jurisprudence. Tribunal cantonal TC Page 15 de 15 4. Le recours, mal fondé, doit dès lors être rejeté, et la décision attaquée, confirmée. Les frais de justice, fixés à CHF 800.-, seront mis à la charge du

recourant, qui succombe. Ils seront compensés par l'avance de frais du même montant. Il ne sera pas alloué de dépens. la Cour arrête : I. Le recours est rejeté. II. Les frais de justice, par CHF 800.-, sont mis à la charge du recourant et seront prélevés sur son avance de frais, d'un même montant. III. Il n'est pas alloué de dépens. IV. Notification. Un recours en matière de droit public peut être déposé auprès du Tribunal fédéral contre le présent jugement dans un délai de 30 jours dès sa notification. Ce délai ne peut pas être prolongé. Le mémoire de recours sera adressé, en trois exemplaires, au Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne. Il doit indiquer les conclusions, les motifs et les moyens de preuve et être signé. Les motifs doivent exposer succinctement en quoi le jugement attaqué viole le droit. Les moyens de preuve en possession du (de la) recourant(e) doivent être joints au mémoire de même qu'une copie du jugement, avec l'enveloppe qui le contenait. La procédure devant le Tribunal fédéral n'est en principe pas gratuite. Fribourg, le 1er juin 2021/djo Le Président :
Le Greffier-rapporteur :

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