

FR_GERICHTE 608 2019 69 vom 22. Mai 2020

FR Kantonsgericht, 2020-05-22, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_608_2019_69

FR: FR_GERICHTE 608 2019 69 du 22 mai 2020

IT: FR_GERICHTE 608 2019 69 del 22 maggio 2020

Regeste

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

Erwägungen

E. 18

du même mois, l'OAI a supprimé le droit à la rente de l'assuré dès le premier jour du 2ème mois suivant la notification de la décision, considérant qu'il disposait d'une capacité de travail dans une activité adaptée, par exemple dans la production industrielle légère, à 100%, sans perte de rendement. Son degré d'invalidité était désormais de 3%. D. Contre cette décision, l'assuré recourt auprès du Tribunal de céans, le 14 mars 2019, concluant, sous suite de frais et dépens, principalement, au maintien de la rente entière, subsidiairement, au renvoi de la cause à l'OAI pour nouvelle décision dans le sens des considérants. Pour lui, l'OAI a violé le principe de libre appréciation des preuves, une pleine valeur probante devant être donnée à l'expertise de sa psychiatre traitante retenant son incapacité de travail totale dans l'économie libre, non à l'expertise bidisciplinaire. De façon indépendante, il fait grief à l'OAI: d'avoir pris un faux point de départ pour l'examen de l'évolution notable ou non de sa capacité de travail; d'avoir rendu sa décision sans lui offrir des mesures de réinsertion adaptées et susceptibles d'être efficace, son stage de préparation au travail ne l'étant pas. La requête de mesures superprovisionnelles (608 2019 71) figurant dans le recours est rejetée le 15 mars 2019. Le 28 mars 2019, le recourant verse l'avance de frais de CHF 800.- requise. Dans ses observations du 17 mai 2019, l'OAI propose le rejet du recours et de la requête de restitution de l'effet suspensif (608 2019 70) y contenue. Le 26 juillet 2019, le recourant produit spontanément une pièce médicale, à l'égard de laquelle l'OAI indiquera, le 19 septembre 2019, ne pas avoir de remarques particulières à formuler et maintenir ses conclusions. Par décision du 5 août 2019, la requête de restitution de l'effet suspensif est rejetée.

Tribunal cantonal TC Page 3 de 21 Appelé en cause, le fonds LPP de l'assuré ne s'est pas prononcé. Il sera fait état des arguments développés par les parties à l'appui de leurs conclusions, dans les considérants en droit du présent arrêt, pour autant que cela soit utile à la solution du litige. en droit 1. Interjeté en temps utile et dans les formes légales auprès de l'autorité judiciaire compétente par un assuré, dûment représenté, directement touché par la décision attaquée, le recours est recevable. 2. 2.1. Aux termes de l'art. 8 al. 1 LPGA de la loi du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1), applicable par le biais de l'art. 1 al. 1 de la loi du

E. 19

juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI; RS 831.20), est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 4 al. 1

LAI, dite invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. Un taux d'invalidité de 40% au moins donne droit à un quart de rente; de 50% au moins, à une demi-rente; de 60% au moins, à trois-quarts de rente; de 70% au moins, à une rente entière (art. 28 al. 2 LAI). 2.2. Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGa (art. 7 al. 2 2ème phrase LPGa; ATF 141 V 281 consid. 3.7.1; 102 V 165; VSI 2001 p. 223 consid. 2b et les références citées; cf. également ATF 127 V 294 consid. 4c i. f.). La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant selon les règles de l'art sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 141 V 281 consid. 2.1 et 2.1.1; 130 V 396 consid. 5.3 et 6). Etendant la pratique relative aux douleurs de nature somatoforme à l'ensemble des troubles d'ordre psychique (cf. ATF 143 V 409; 143 V 418), la Haute Cour a souligné que l'analyse doit tenir compte des facteurs excluant la valeur invalidante de ces diagnostics (ATF 141 V 281 consid. 2.2, 2.2.1 et 2.2.2). On conclura dès lors à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable (par exemple une discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact; ATF 141 V 281 consid. 2.2.1; 132 V 65 consid. 4.2.2; 131 V 49 consid. 1.2). Selon l'ATF 141 V 281, la capacité de travail réellement exigible des personnes concernées doit être évaluée dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurée et sur la base d'une vision d'ensemble, à la lumière des circonstances du cas particulier et sans résultat prédéfini. Cette évaluation doit se dérouler en tenant compte d'un catalogue d'indices qui rassemble les éléments essentiels propres aux troubles de nature psychosomatique. La phase diagnostique doit mieux prendre en considération le fait qu'un diagnostic présuppose un certain

Tribunal cantonal TC Page 4 de 21 degré de gravité. Le déroulement et l'issue des traitements thérapeutiques et des mesures de réadaptation professionnelle fournissent également des conclusions sur les conséquences de l'affection psychosomatique. Il convient également de bien intégrer la question des ressources personnelles dont dispose la personne concernée, eu égard en particulier à sa personnalité et au contexte social dans lequel elle évolue. Jouent également un rôle essentiel les questions de savoir si les limitations alléguées se manifestent de la même manière dans tous les domaines de la vie (travail et loisirs) et si la souffrance se traduit par un recours aux offres thérapeutiques existantes.

Indépendamment de leur diagnostic, des troubles entrent déjà en considération en tant que comorbidité importante du point de vue juridique si, dans le cas concret, on doit leur attribuer un effet limitatif sur les ressources (ATF 143 V 418). 2.3. 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 pas forcément avec le taux de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 122 V 418). Toutefois, pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration ou le juge a besoin de documents que

le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; 114 V 310 consid. 3c; 105 V 156 consid. 1). L'administration ou le juge apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse. Dès lors, le juge doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre (ATF 125 V 351). 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 citées). Il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée et fouillée, 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). Le caractère ponctuel d'une expertise ne saurait lui ôter toute valeur dans la mesure où le rôle d'un expert consiste justement à apporter un regard neutre et autorisé sur un cas particulier. Au demeurant, l'appréciation de l'expert ne repose pas uniquement sur les observations qu'il a directement effectuées mais tient compte de l'intégralité du dossier médical mis à sa disposition, ce qui permet au praticien d'avoir une représentation

Tribunal cantonal TC Page 5 de 21 complète de l'évolution de la situation médicale (arrêt TF 9C_844/2009 du 29 mars 2010 consid. 4.3). 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). Enfin, l'on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou un juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire (arrêt TF 9C_201/2007 du 29 janvier 2008). 2.4. Pour satisfaire à l'obligation de réduire le dommage, l'assuré doit, conformément à l'art. 7 al. 1 LAI, entreprendre tout ce qui peut être raisonnablement exigé de lui pour réduire la durée et l'étendue de l'incapacité de travail (art. 6 LPG) et pour empêcher la survenance d'une invalidité (art. 8 LPG). C'est la consécration du principe de la réadaptation par soi-même, laquelle prime notamment le droit à la rente. Dans cette mesure, l'assuré doit en particulier recourir à toutes les mesures médicales et thérapeutiques rendues nécessaires par son état de santé; il est tenu également de saisir toute possibilité de trouver, d'accepter ou de conserver une activité lucrative adaptée à son invalidité (cf. VALTERIO, Droit de l'assurance-vieillesse [AVS] et de l'assurance- invalidité [AI], 2011, n. 1256 s.). Singulièrement, en cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine

d'activité (cf. art. 6 al. 1 seconde phrase LPGA). En d'autres termes, dans le domaine de l'assurance-invalidité, le principe est qu'un invalide doit, avant de requérir des prestations, entreprendre de son propre chef tout ce qu'on peut raisonnablement attendre de lui, pour atténuer le mieux possible les conséquences de son invalidité (cf. arrêt TF 9C_36/2018 du 17 mai 2018 consid. 4.2 et les références); il n'a pas droit à une rente lorsqu'il serait en mesure, au besoin en changeant de profession, d'obtenir un revenu excluant une invalidité ouvrant droit à une rente; la réadaptation par soi-même est un aspect de l'obligation de diminuer le dommage et prime aussi bien le droit à une rente que celui à des mesures de réadaptation. 2.5. 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 (cf. ATF 130 V 343 consid. 3.5). Dès lors, il peut y avoir également un changement fondant une révision dans le cas où un diagnostic est certes demeuré le même, mais que l'affection s'est modifiée dans son intensité et son influence sur la capacité de travail (cf. arrêt TF 8C_339/2001 du 25 août 2015 consid. 3.1 et les références). Une simple appréciation différente d'un état de fait, qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé n'appelle en revanche pas à une révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 112 V 371 consid. 2b; 387 consid. 1b). Déterminer si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment, respectivement, de la décision initiale de rente ou de 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

Tribunal cantonal TC Page 6 de 21 consid. 5.4), d'une part, et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse, d'autre part (cf. ATF 130 V 351 consid. 3.5.2; 126 V 75 consid. 1b; 125 V 369 consid. 2 et la référence citée; voir également ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). Selon l'art. 88a al. 1 RAI, si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels de l'assuré s'améliore ou que son impotence ou encore le besoin de soins ou le besoin d'aide découlant de son invalidité s'atténue, ce changement n'est déterminant pour la suppression de tout ou partie du droit aux prestations qu'à partir du moment où on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre. A l'inverse, si la capacité de gain de l'assuré ou sa capacité d'accomplir les travaux habituels se dégrade, ou si son impotence ou encore le besoin de soins ou le besoin d'aide découlant de son invalidité s'aggrave, ce changement est déterminant pour l'accroissement du droit aux prestations dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable. 2.6. La jurisprudence considère qu'il existe des situations dans lesquelles il convient d'admettre que des mesures d'ordre professionnel sont nécessaires, malgré l'existence d'une capacité de travail médico-théorique. Il s'agit des cas dans lesquels la réduction ou la suppression, par révision (art. 17 al. 1 LPGA) ou reconsidération (art. 53 al. 2 LPGA), du droit à la rente concerne une personne assurée qui est âgée de 55 ans révolus ou qui a bénéficié d'une rente pendant quinze ans au moins. Cela ne signifie pas que la personne assurée peut se prévaloir d'un droit acquis dans le cadre d'une procédure de révision ou de reconsidération; il est

seulement admis qu'une réadaptation par soi-même ne peut, sauf exception, être exigée d'elle en raison de son âge ou de la durée du versement de la rente. Dans de telles situations, l'office de l'assurance-invalidité doit vérifier dans quelle mesure l'assuré a besoin de la mise en œuvre de mesures d'ordre professionnel, même si ce dernier a recouvré une capacité de travail et indépendamment du taux d'invalidité qui subsiste (arrêts TF 9C_517/2016 du 7 mars 2017 consid. 5.2 et les références 9C_254/2011 du 15 novembre 2011 consid. 7.1). Ce n'est qu'à l'issue de cet examen et de la mise en œuvre d'éventuelles mesures de réintégration sur le marché du travail que l'administration pourra définitivement statuer sur la révision ou la reconsidération de la rente d'invalidité (cf. arrêt TF 9C_308/2018 du 17 août 2018 consid. 5.3). Cela étant, même en présence d'un de ces cas exceptionnels au sens de la jurisprudence, on ne saurait admettre que des mesures d'ordre professionnel préalables sont nécessaires lorsque l'absence de longue durée du marché du travail est liée à des motifs extra-médicaux (arrêt TF 9C_819/2014 du 19 juin 2015 consid. 4). 3. En l'espèce, doit être appréciée l'éventuelle amélioration de l'état de santé depuis la décision du 9 mai 2001, les communications de l'OAI intervenues avant que ne soit rendue la décision attaquée n'étant pas des décisions rendues après un examen matériel du droit à la rente au sens rappelé plus haut. Il n'y a pas de violation de l'art 17 LPGA à cet égard (cf. recours, p. 21 s.). 3.1. Cette décision du 9 mai 2001 reposait sur les éléments suivants: L'assuré indique avoir consulté en urgence, le 11 septembre 1998, pour une atteinte à son genou G, lui causant depuis plusieurs années des douleurs chroniques et intermittentes. Un certain flou demeure quant à l'accident survenu ce jour-là: faux-mouvement/surcharge en travaillant sur un chantier (déclaration d'accident du 14 septembre 1998, dos. OAI 48); aggravation des douleurs à la pratique sportive (rapport médical du 17 septembre 1998, dos. OAI 46); douleurs apparues ultérieurement à une chute d'une échelle sur un chantier, alors qu'il portait du poids (cf. rapport

Tribunal cantonal TC Page 7 de 21 médical dos. OAI 109; lors d'une chute de 2 m d'une échelle s'étant décrochée, avec réception sur le genou, expertise psychiatrique de 2018, p. 6, dos. OAI 424); après avoir trébuché dans un escalier (rapport médical du 3 janvier 2001, dos. OAI 214). Toujours est-il qu'une IRM du 30 septembre 1998 (dos. OAI 45) montre une déchirure avec fragmentation partielle du ménisque interne, corne postérieure. Un traitement analgésique, avec une reprise progressive à deux mois à 75%, puis 100%, est d'abord proposé. Au vu des douleurs exprimées toujours, et après observation, le 14 janvier 1999, de la survenance d'un épanchement intra-articulaire, une arthroscopie avec résection partielle de la corne postérieure du ménisque interne et plica médio-patellaire du genou G est réalisée le 26 janvier 1999, sans arrêt de travail jusqu'à cette date. Le 14 avril 1999, il est indiqué qu'un traitement orthopédique supplémentaire n'est pas justifié, pas même pour la lésion méniscale résiduelle. Mais l'assuré annonçant une symptomatologie douloureuse inchangée et l'impossibilité de reprendre le travail, le 29 juin 1999, une deuxième arthroscopie avec méniscectomie interne partielle médiale est effectuée, puis, au vu des plaintes de douleurs subsistant à l'interligne interne, et après une IRM du 24 août 1999 (dos. OAI 90), la corne postérieure est complètement réséquée, lors de la troisième arthroscopie, du 3 septembre 1999 (cf. rapports du Dr B. _____, chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, médecine physique et réadaptation, des 17 septembre, 28 octobre, 26 novembre 1998, 14 janvier, 4 février, 5 et 26 mars, 14 avril 1999, dos. OAI 36, 38 ss; rapports du chirurgien orthopédique C. _____, des 20 septembre et 20 octobre 1999, dos. OAI 113 ss). Le 29 avril 1999 (cf. dos. OAI 31), lors de son examen clinique, le médecin d'arrondissement de l'assureur-accidents, le Dr D. _____, chirurgien

orthopédique, relève une situation pas très favorable, l'assuré présentant un tableau hyperalgique; un séjour de rééducation et d'évaluation de la réadaptation professionnelle est organisé; finalement, ce sont trois séjours de réadaptation qui ont lieu à la clinique de E. _____ (du 19 mai au 26 juin, du 23 au 27 août, et du 20 octobre au

E. 24

novembre 1999; cf. rapports du 25 juin, du 30 août et du 29 novembre 1999, dos. OAI 23, 61, 84, et 95), mais pour l'assuré, aucun n'amène une modification essentielle de ses douleurs. Il ressort de ces pièces que, somatiquement, après la 3ème opération, seuls ont été posés à l'entrée du 3ème séjour les diagnostics fonctionnels et problèmes de légère surchauffe du genou, ainsi que d'épanchement minimal et de douleurs dans le compartiment médial. A la sortie, grâce à la physiothérapie, une amélioration du tropisme de la cuisse est survenue et des sensibilités/irritations comme l'épanchement et la surchauffe ne sont plus trouvées. A partir du 1er décembre 1999, le travail exigible à plein temps est une activité permettant l'alternance des positions, avec les limitations suivantes: pas de positions forcées pour le genou, ni agenouillées, charge maximale de 15 kg, pas de sol irrégulier, pas d'échelle. Pour les cliniciens, que, malgré les différents opérations et traitements, l'assuré se plaint toujours des mêmes douleurs au genou G, sans pouvoir les décrire plus précisément, et soutienne qu'elles l'empêchent de réaliser toute activité, que, par exemple, seule une faible amélioration de la capacité en charge a pu intervenir malgré la réadaptation intensive, ne peut s'expliquer par la seule atteinte somatique. Cela les amène à penser à une amplification des symptômes; des plaintes nouvelles furent d'ailleurs faites (allergie, cervicalgies; difficultés respiratoires, impression de ne pas recevoir d'air), sans réel substrat découvert; claudiquant, indiquant avoir de fortes douleurs au genou, l'assuré est parfois observé déambulant librement. Il fait montre d'une motivation et d'un engagement modérés, d'une exécution des tâches grossière ou juste suffisante, qui ne le travaille pas outre mesure, ce y compris dans l'exploration de la question de la réadaptation. Les résultats de celle-ci montrent une faiblesse des capacités et de l'investissement;

Tribunal cantonal TC Page 8 de 21 une liste de facteurs extérieurs à l'accident (à l'aspect somatique) est dressée à cet égard (manque d'intérêt; il considère impossible une activité d'au moins 4 heures/jour; problèmes sociaux [veuf, deux enfants à charge; finances, etc.]; manque de scolarité et de formation, ...). Même s'il met en avant, au premier plan, son problème de genou G, joue bien ici un rôle un besoin d'aide et de soutien pratiques dans la vie de tous les jours, notamment quant à la garde de ses deux enfants. Actuellement, il paraît surchargé par la perte de son épouse, sa situation familiale et financière; il y a des obstacles à la rééducation du point de vue émotionnel, organisationnel, et culturel (répartition des tâches dans le couple, refus d'une prise en charge des enfants hors famille, ce dont il aurait besoin en travaillant, vu que sa belle-sœur, qui l'aide, attend son 3ème enfant). Médication: Dafalgan 1 mg 3x par jour; antidépresseur Seropram 20 mg 1x/j. Selon le consilium psychosomatique des psychiatres de la clinique F. _____ et G. _____, du

E. 29

novembre 1999 (cf. dos. OAI 108), l'assuré présente un trouble dépressif réactionnel (F32.1) et un syndrome douloureux persistant (F45.4). L'état psychique est imprégné par les coups du destin de ces dernières années: peu après la naissance prématurée de son fils, sa femme décède d'un cancer de l'estomac, en 1995; en 1997, son frère aîné, dont il est proche, meurt d'un cancer des poumons. L'assuré demeure dans le status quo, impuissant et perdu

par rapport aux pas qui pourraient et devraient être réalisés. Jusqu'à présent, il n'a pu surmonter la mort tragique de sa femme et on peut supposer qu'alors, il avait réagi avec un trouble d'adaptation sévère dans le sens d'une réaction de deuil retardée, transformé en un trouble dépressif persistant. En plus de s'inquiéter pour ses enfants, il semble avoir perdu tout intérêt pour la réalité extérieure. Dans ce contexte, il semble évident que les problèmes de genou persistants après l'accident de 1998 ont pris une caractéristique somatoforme au-delà d'un niveau explicable somatiquement et médicalement; et que ces douleurs et ces handicaps qu'il n'arrive pas à gérer «accompagnent» le trouble dépressif sans qu'il puisse vraiment y faire face. Un soutien social et une psychothérapie de soutien sont fortement recommandés. Un rendez-vous avec la Dresse H. _____, de I. _____, a lieu le 16 décembre 1999 (cf. dos. OAI 120). A noter qu'après avoir dit alors uniquement que l'enfant prématuré était né en bonne santé et avait 5 ans, son père fera ultérieurement état d'une mucoviscidose peu grave, avec une faiblesse à une jambe, qualifiée plus tard de grave, avec nécessité de soins médicaux constants. Le 11 janvier 2000 (cf. dos. OAI 119 s.), à l'examen médical final du Dr D. _____, le patient indique n'être plus suivi par des orthopédistes, mais connaître toujours des douleurs au genou. Cliniquement, il peut porter 8 kg de chaque côté; il persiste, comme séquelle, une discrète instabilité antéro-postérieure, une légère limitation de la flexion, des phénomènes irritatifs rétro-rotuliens et une amyotrophie diffuse du quadriceps. L'assureur-accidents clôt alors le cas et octroie une rente basée sur une incapacité de gain de 23%, augmentée à 25% ultérieurement. Le stage de l'OAI de réentraînement au travail sera notamment interrompu par une hospitalisation psychiatrique, du 5 mai au 14 juillet 2000 (cf. rapport des psychiatres J. _____ et K. _____, du 13 juillet 2000, dos. OAI 153). Est alors diagnostiqué un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère, sans symptômes psychotiques (F33.2). Le décès accidentel d'une cousine le visitant fin avril/début mai a ravivé ses deuils passés non faits de sa femme et de son frère, avec exacerbation de l'état dépressif (apathie, aboulie, tristesse, repli sur soi, anxiété généralisée). Le 19 juillet 2000, il dit n'être pas apte à travailler (stage), et partir rejoindre ses enfants au Portugal. Dans le rapport du 28 septembre 2000 (dos. OAI 172), les psychiatres de I. _____, Dr L. _____ et H. _____, retiennent les diagnostics de réaction à un facteur de stress important et troubles de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée (plusieurs décès; F43.21);

Tribunal cantonal TC Page 9 de 21 trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques (F32.2). Depuis son retour du Portugal, il est encore plus triste, se sent coupable d'avoir laissé ses enfants au pays et souffre beaucoup de cette séparation. Au début septembre, une reprise de son stage AI a été effectuée, mais deux jours après, il a demandé de pouvoir le diminuer à 50%, ce qui a été fait. Quelques jours plus tard, le stage est interrompu (il ne reprendra plus), l'assuré indiquant n'être plus du tout capable de continuer le travail, car trop dispersé, sans l'attention et la concentration suffisantes pour travailler, et souffrant constamment de céphalées. A l'issue de la seconde hospitalisation psychiatrique, du 7 novembre au 14 décembre 2000 (cf. rapport du 29 décembre 2000, dos. OAI 203), les Drs M. _____ et N. _____ reprennent les diagnostics F43.21 et F33.2. Malgré un changement de traitement (introduction de Lithiofor 660 mg 1.5 /j, Anafranil 100 mg/j., Imovane 7.5 mg/j.), il n'y a pas de nette amélioration des symptômes dépressifs observée. Le 3 janvier 2001 (cf. dos. OAI 214), ces médecins ne mentionnent que le diagnostic F33.2 relativement à cette hospitalisation. L'assuré dit que la première hospitalisation n'a pas amené de changement: il est constamment déprimé, pense sans cesse à son épouse décédée. Il mentionne aussi les décès de son frère et de sa cousine. Ses enfants

sont toujours au Portugal. La maladie de son fils ne fait qu'accroître ses préoccupations. Il affirme ne plus avoir envie de refaire sa vie sentimentale, ne pas arriver à s'imaginer dans le futur, avoir un sentiment d'épuisement et d'impuissance, une crainte parfois de sombrer dans la folie; présence d'idées suicidaires élaborées, pas de symptômes florides psychotiques. A la sortie, le patient est resté dans le tableau de dépression résistante; même le fait de rentrer pour fêtes de fin d'année au Portugal, auprès de sa famille et de ses enfants, ne semblait pas lui faire plaisir. Le 9 janvier 2001 (cf. dos. OAI 216; également note téléphonique du 16 janvier 2000, dos. OAI 217), le psychiatre O._____, de I._____, reprend le diagnostic F33.2; l'état dépressif reste inchangé quant à sa gravité malgré l'hospitalisation et les vacances au Portugal dans sa famille; le traitement susmentionné se poursuit. Le 19 janvier 2001 (dos. OAI 218), l'assuré passe au guichet de l'OAI pour dire que sa santé va trop mal pour reprendre le stage, et ses problèmes financiers. Au vu de ce qui précède, la Cour retient que c'est essentiellement l'atteinte psychiatrique, à côté de celle somatique sous status du genou G, qui a finalement motivé l'OAI à mettre l'assuré au bénéfice d'une rente entière. Si quelques éléments peuvent interroger (cf. infra), il n'y a pas matière à reconsidération. 3.2. Ensuite de la décision de rente de 2001, les documents médicaux suivants furent déposés dans le cadre des révisions successives: La seule pièce, avant l'expertise rhumatologique, non issue d'un spécialiste en psychiatrie est le rapport du 11 juin 2001 (dos. OAI 242; 1ère révision), du Dr P._____, généraliste traitant: l'état de santé est stationnaire depuis deux ans; actuellement, le diagnostic principal responsable de la rente est de nature psychiatrique, le problème du genou se situe au second plan, en tout cas selon le patient. Il n'y a pas de changement significatif dans les diagnostics. Etat dépressif persistant, suivi régulièrement par I._____. Insomnie, asthénie et tristesse. Il est veuf et ses enfants sont au Portugal. Genou G: distance talon fesse de 10 cm; position accroupie difficile; pas d'inflammation; tuméfaction anormale de l'espace poplité, connue. Pour les travaux lourds, le genou représente de toute façon un handicap important. La Cour relève la prédominance claire de l'atteinte psychique sur celle somatique; un traitement conservateur de physiothérapie n'est pas même énoncé.

Tribunal cantonal TC Page 10 de 21 Dans leur rapport du 20 juin 2001 (dos. OAI 241), les psychiatres L._____ et Q._____, de I._____, indiquent un état de santé stationnaire, sans modification de diagnostic. Il n'y pas de changement notable, ni de modification du status psychique depuis le rapport du 9 janvier 2001. Le patient suit un traitement médicamenteux ainsi que des entretiens psychothérapeutiques de façon régulière. Il s'agit d'une psychothérapie avec une évolution lente et chronique, dont le pronostic reste incertain (possibilité autant de moments d'amélioration que d'aggravation). La Cour observe que l'assuré ne paraît avoir mentionné à aucun de ses médecins traitants, nul ne le rapporte en tout cas, s'être lié avec une femme, laquelle attend un enfant de lui (qui naîtra début décembre 2001). Dans son rapport du 2 août 2004 (dos. OAI 2004; 2ème révision), la psychiatre traitante de I._____, la Dresse H._____, reprend ces mêmes indications; il n'y a pas de changement notable, s'agissant de l'évolution/d'une modification du status, et le pronostic demeure réservé. Il en ira de même lors de la 3ème révision entreprise (cf. rapport et annexe du 30 mars 2007, dos. OAI 373 et 276): la motivation pour une reprise du travail ou de mesures professionnelles est toujours faible, l'absentéisme prévisible, important; une autre activité n'est pas exigible. Pas de changement du status; le traitement médicamenteux est composé (uniquement) de Remeron 30mg par jour. Le Tribunal souligne qu'il n'est toujours fait aucune mention du remariage de l'assuré en 2002; pas davantage que de la naissance, fin janvier 2007, de son second enfant avec sa nouvelle

épouse. Ce n'est que dans le rapport de la psychiatre traitante du 28 octobre 2010 (cf. dos. OAI 306; 4ème révision) que cela est rapporté. Sa seconde femme a dû subir une opération pour un cancer de la thyroïde en 2007; elle a toujours un traitement médicamenteux et un suivi régulier. Le Remeron, 45mg/j. est le traitement qui lui convient le mieux. Il vit de façon isolée, a peu de contact avec son entourage et entreprend peu de choses. Ces derniers éléments interrogent la Cour, dès lors que la psychiatre traitante indique que son frère et sa famille habitent en Suisse, et que, qui plus est, mais cela n'est pas écrit, il vit chez eux. Dans son rapport du 22 avril 2016 (dos. OAI 363 et 366; 5ème révision), la praticienne indique à nouveau un état stationnaire, pas de changements importants du status, un pronostic réservé, un trouble dépressif récurrent F33.2 existant depuis 1999. Médicament: Remeron 30mg. Aucun potentiel, même partiel, de réinsertion; il ne requiert pas pour les gestes quotidiens de la vie une aide régulière par une tierce personne; fréquence des consultations: tous les 3 mois; il peut utiliser les transports publics et son comportement est acceptable par l'entourage. Le Tribunal note que n'est pas annoncée la préparation entreprise (appartement, etc.) pour faire venir quelque temps plus tard sa femme et leurs deux enfants. 3.3. Après avis du Service médical régional (SMR), Dr R._____, médecine interne générale, du 14 juin 2016 (dos. OAI 369), l'OAI met en œuvre une expertise bi-disciplinaire. 3.3.1 Dans son rapport d'expertise rhumatologique du 9 mars 2018 (cf. dos. OAI 455), le Dr S._____, rhumatologie et médecine interne générale, retient (p. 11), avec effet sur la capacité de travail, des gonalgies G chroniques sans signe méniscal ou ligamentaire – status post-arthroscopie et méniscectomie interne partielle du genou G à 3 reprises en 1999; sans effet sur la capacité de travail: HTA et hypercholestérolémie stable sous traitement; tonsilectomie (avec révision) en 1999. L'assuré se plaint (p. 3 ss) de gonalgies G, d'allure mécanique, constantes, parfois irradiantes, parfois insomniantes, estimées à 8/10 sur la VA aux mouvements, et qu'il soulage par la prise sporadique d'AINS et d'antalgie mineure; dans une moindre mesure, des lombopygialgies, sporadiques, non insomniantes et soulagées lors de l'alternance de position. Il a une fatigue

Tribunal cantonal TC Page 11 de 21 constante, importante et sur toute la journée; il est fatigué de la tête, a une humeur déprimée en permanence, et un sommeil perturbé avec réveil fréquent, non réparateur; parfois, des céphalées. Il ne signale pas de motivation à une reprise d'activité professionnelle (p. 6); toujours selon lui, il n'a que peu de ressources disponibles ou mobilisables, et est entouré de son épouse, qui effectue toutes les activités ménagères; il vit reclus chez lui. A l'examen clinique (cf. p. 7ss): le signe de Lasègue est négatif avec une élévation de 90°. Pas de trouble moteur, sensibilité conservée. Marche sans boiterie mais lentement, sans précaution; sur talons et pointes, possible sans douleur; sautellement possible à D, esquissé à G de peur d'avoir des douleurs; accroupissement et relèvement s'effectuent jusqu'à 90° ddc et sont douloureux à G en fin de flexion. Circonférence des ddc identique au-dessus et sous rotule. Pression des cuisses et mollets non douloureuses; hanches: identique des 2 côtés. Distance talon-fesse de 20 cm ddc. La radio du genou G du 7 février 2018 montre une légère diminution de l'espace interarticulaire tibio-fémoral, une absence d'ostéophytose, de calcification, d'ostéopénie, structure osseuse sans particularité; les résultats de l'ultrasonographie des genoux du même jour sont aussi non particuliers (pas de collection liquidienne, surface articulaire homogène, etc.), à l'instar de la radiographie de la colonne lombaire. L'expert note la présence de douleurs diffuses du genou G; cependant, il n'y pas de signe méniscal ou ligamentaire; la palpation est légèrement douloureuse en face interne, toutefois non spécifique; la mobilité est limitée à 90° tant en actif qu'en passif avec une importante contre-pulsion; l'examen paraclinique est

rassurant; il y a une minime diminution de l'espace interarticulaire tibio-fémoral interne, cependant peu significative; pas de trouble dégénératif. Le syndrome lombovertébral doit être qualifié de modeste, sans signe radiculaire irritatif ou déficitaire. Durant l'examen, l'assuré pleure à l'évocation du décès de proches. La diminution des capacités fonctionnelles, qui réside essentiellement dans le vécu douloureux devenu chronique surtout au niveau du genou G et, dans une moindre mesure, au niveau du dos, est la conséquence directe de facteurs non pris en considération par l'assurance-invalidité. Il n'y a en effet pas de signe parlant en faveur d'une atteinte systémique ou inflammatoire, ni d'une ligamentaire ou méniscale; il n'y a pas d'amyotrophie pouvant évoquer une diminution de l'utilisation du genou, ni de trouble sensitivomoteur, l'assuré se meut, se déshabille, s'habille de manière fluide et autonome, est capable de rester assis toute la durée de l'entretien, sans prendre de position antalgique, dit avoir conduit une demi-heure, a effectué des mouvements de genuflexion et pris des positions unipodales sans allégations douloureuses. Il y a donc une certaine discordance entre ses plaintes ainsi que l'impotence fonctionnelle qu'il a décrite dans ses activités de la vie quotidienne ou professionnelle, d'une part, et les examens cliniques et paracliniques effectués jusqu'à ce jour, d'autre part. La divergence est qualifiée d'importante relativement à l'expertise, entre les symptômes décrits ainsi que ses limitations, y compris dans la vie quotidienne, et l'examen clinique, ceux paracliniques ainsi que le comportement observé (cf. p. 6 et 4 s.). Etant relevé qu'il n'a plus de traitement spécifique pour le genou et qu'il n'a plus eu de physiothérapie depuis 1999 (cf. également p. 13). Seul un traitement antalgique en fonction des douleurs est indiqué être pris. Du point de vue rhumatologique et de médecine interne, il n'y a pas de contre-indication à des mesures de réadaptation; l'exigibilité dans l'activité habituelle est estimée à 75%; dans une adaptée, à 100%. 3.3.2. Dans son rapport d'expertise du 9 mars 2018 (dos. OAI 419), le Dr T. _____, psychiatrie et psychothérapie, médecine pharmaceutique, ne retient (p. 14) aucun diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail; sans cette répercussion: une dysthymie (F34.1) faisant suite à un épisode dépressif initial en 2000, ainsi qu'une accentuation de traits de personnalité

Tribunal cantonal TC Page 12 de 21 passifs et évitants (Z73.1), existant depuis des années. En l'absence d'une maladie psychiatrique incapacitante, toute mesure de réadaptation est exigible; le tableau clinique ne pose aucun problème quant à la réadaptation, mais celle-ci est influencée par l'adoption d'un rôle passif d'invalidé n'ayant pas de valeur de maladie; la capacité de travail dans l'activité habituelle ou dans une adaptée est de 100% depuis la date de l'examen au plus tard, sans diminution de rendement. Les plaintes principales de l'assuré (cf. p. 15) concernent une tristesse, persistant surtout depuis le décès de son frère aîné en 1997, s'accompagnant d'une fatigue et de ruminations. Mettant en avant une perte d'intérêt pour des activités comme des sorties et rencontres avec des amis, il se décrit comme solitaire après avoir été sociable. En réaction à l'AVC de sa mère en septembre 2017, il se plaint d'une aggravation de cet état, évoquant un épisode dépressif majeur à l'origine de sa demande d'hospitalisation à U. _____, persistant depuis, sans amélioration. L'expertisé nie clairement toute idée ou acte auto-agressif, dans le passé ou le présent (p. 12 et 15 s.). L'expert relève (cf. not. p. 15 ss) que le trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptôme psychotique (F33.2), retenu fin 2000 lors de la seconde hospitalisation psychiatrique, se basait principalement sur l'expression d'idées suicidaires faites alors, que l'assuré conteste pourtant avoir connues (et qu'il nie avoir pour la période actuelle); il souligne également les capacités surprenantes dont l'assuré a fait preuve par rapport à ce diagnostic immédiatement après avoir quitté l'hôpital à la mi-décembre 2000, partant à deux

reprises en peu de temps séjourner au Portugal et s'y engageant dans une nouvelle relation sentimentale. Il considère pour sa part, en évoquant l'analyse du psychiatre V. _____, lequel avait retenu un trouble dépressif réactionnel (F32.1; soit un épisode dépressif moyen), que ce n'est que transitoirement que le tableau clinique de l'assuré peut répondre aux critères de diagnostic d'un épisode dépressif léger ou moyen, notamment au moment de son installation, comme ce fut le cas ensuite des décès qu'il connut et eu égard à l'obligation de subvenir seul aux besoins de ses enfants. Il ne remet pour autant pas en cause plus avant l'appréciation psychiatrique ayant présidé à l'octroi de la rente. En revanche, il retient que depuis cette situation de santé fin 2000 et la décision matérielle de 2001, il y a eu une amélioration progressive et stable de l'état psychique, permettant à l'assuré de s'engager dans une relation conjugale et de fonder une nouvelle famille, qu'il fera venir en Suisse en août 2016 pour habiter avec lui, ainsi que de mener une vie active entre ce pays et le Portugal. La seule crise très ponctuelle de septembre 2017 est survenue peu après la décision de l'OAI de procéder à une expertise; elle a motivé une hospitalisation (la première, depuis 17 ans) volontaire, que l'assuré explique avoir voulue du fait d'une aggravation de sa tristesse en réaction à un AVC de sa mère ayant laissé une partie de la bouche paralysée (à noter, p. 8, la mention à cet égard du mois d'octobre 2017; soit postérieurement; la psychiatre traitante n'en fera pas état). Or, malgré sa détresse qu'il lie à la santé de sa mère, il a pu choisir de quitter l'hôpital après 3 jours seulement et partir seul en avion séjourner au Portugal, bien que soutenant que son état s'était même aggravé suite aux questions posées sur sa vie (p. 7), et ce sans modification de sa médication. A nouveau, il fit là preuve de capacités incompatibles avec le degré de sévérité d'épisodes dépressifs tels que retenus notamment par sa psychiatre traitante. Pour l'expert-psychiatre, le diagnostic F33.2 implique en effet typiquement un état de détresse importante dû à plusieurs symptômes dépressifs sévères, nécessitant un traitement intense avec une médication lourde, voire une hospitalisation, et créant une incapacité de poursuivre des activités sociales. Or, le suivi thérapeutique psychique de l'assuré est composé depuis des années de consultation espacées et d'un traitement médicamenteux léger, soit uniquement un antidépresseur, à la dose minimale, réduite même par rapport à celle annoncée en 2011. En outre,

Tribunal cantonal TC Page 13 de 21 au moins deux fois par an, l'assuré parvient à organiser et faire des séjours au Portugal, sans aggravation de ses symptômes affectifs, au contraire; or, une telle péjoration est normalement observée lors d'un changement de la routine chez des patients souffrant d'un épisode dépressif majeur. Des incohérences existent aussi entre ses plaintes ainsi le descriptif de son état de santé et de sa situation (très isolé, restant à la maison sans rien faire, etc.), et les observations cliniques ainsi que la description de son quotidien (de façon régulière: contentement et joie familiaux avec l'épouse et leurs enfants; contacts avec ses autres enfants, des proches [son frère, qu'il rencontre plusieurs fois par semaine, et l'épouse de celui-ci en Suisse; la famille au Portugal], des amis d'enfance lors des voyages, y compris en se déplaçant en ville, hors de son village; aspirateur, vaisselle, préparation du déjeuner tous les matins pour ses deux fils, avec un lever à 6h00, usage de la voiture pour conduire un de ses fils, aller faire seul une course alimentaire, visiter son frère, etc.; utilisation seul des transports publics). De plus, comme si l'assuré adapte son discours à son interlocuteur, des divergences existent aussi entre ce qui lui est indiqué et ce qui l'est à l'expert- rhumatologue, lequel a de surcroît constaté aussi des incohérences entre les impotences alléguées et la situation objectivée. Les éléments objectivables de l'anamnèse et de l'examen clinique montrent une dépression chronique et fluctuante de l'humeur, qui reste

insuffisante, la plupart du temps, pour retenir un trouble dépressif récurrent léger ou moyen depuis 2001. Malgré un traitement et un suivi médical modestes, l'expertisé a fait preuve de ses capacités à surmonter ses symptômes affectifs fluctuants, qui restent légers et correspondent à une dysthymie, faisant suite à l'épisode dépressif initial de 2000, et qui n'a pas valeur de maladie psychiatrique invalidante ici. Si elle s'inscrit dans une structure de personnalité marquée par des traits passifs et une tendance à éviter des situations potentielles d'échec, l'assuré fait toutefois preuve de ressources d'adaptation préservées lui permettant de s'engager dans une nouvelle relation conjugale avec nouvelle famille positives depuis 2001, tout en menant une vie dans un cadre psychosocial marqué par des relations proches et stables surtout au plan familial, ce entre la Suisse et le Portugal. Il n'y a pas de perturbation sévère de la constitution caractérologique depuis l'adolescence et un trouble de la personnalité ne peut être retenu. L'accentuation de traits de personnalité passive et évitante n'a pas de valeur de maladie mais a favorisé l'adoption d'un rôle d'invalidé face à une accumulation de problèmes sortant du champ médical, notamment au niveau social, rôle qui est maintenu par des bénéfices secondaires, comme des prestations financières, grâce auxquelles il peut mener une vie en fonction de ses préférences personnelles au lieu de se soumettre aux contraintes d'une activité professionnelle pour subvenir aux besoins de sa famille. Le cortège de plaintes psychiques qu'il met ainsi dès lors en œuvre (absence d'intérêt et d'entrain, fatigue importante, ...) ne correspond pas à ce qu'observé cliniquement et à l'exploration des activités quotidiennes et sociales, comme retenu, dans le même contexte, par l'autre expert également. Vers la fin d'un examen d'une durée de 190 minutes (p. 12), il maîtrise bien des tests d'attention et de concentration. Pendant tout l'examen, n'ont pas été objectivés de signe majeur de fatigue ou de manque d'énergie, dépassant des plaintes concernant des céphalées après environ 150 minutes, lors de l'exploration de ses activités sociales, ni de troubles majeurs de la mémoire, de la concentration ou de l'attention (qu'il nie d'ailleurs connaître, cf. p. 7 et 11), ni de ralentissement ou d'agitation sur le plan psychomoteur. L'expert-psychiatre note aussi qu'il n'y a pas de plainte principale, au premier plan, concernant des symptômes physiques; ce n'est que sur sa demande que l'assuré lui en formule une, avec distance, et limitée à des douleurs au genou G. En l'absence de comportement algique majeur, il

Tribunal cantonal TC Page 14 de 21 n'exprime pas de sentiment de détresse en lien avec ses symptômes physiques et présente un tableau clinique qui reste insuffisant pour retenir un syndrome douloureux somatoforme persistant. L'examen clinique n'a pas montré de décompensation psychique. Sur le plan anxieux (cf. p. 7 et 12), il ne présente pas d'angoisse persistante s'accompagnant de symptômes neurovégétatifs objectivables et d'une incapacité à se détendre en faveur d'une anxiété généralisée, ni d'attaque de panique en faveur d'un trouble panique, ni de phobie en faveur d'un trouble phobique. Pas d'agoraphobie, de phobie sociale, ni de claustrophobie. Les traits anxieux présents lorsqu'il est confronté à son bilan existentiel et la suite de décès intervenue restent discrets et ne permettent pas de retenir un trouble spécifique de ce registre; seule est rapportée par l'assuré une inquiétude (n'ayant pas même valeur d'atteinte craintive) relativement à l'avenir de ses enfants, "parce qu'ils sont encore jeunes". L'expert formule en outre des propositions d'adaptation de traitement thérapeutique et de mesures professionnelles (cf. p. 19 et 21). En résumé (cf. p. 20 s.), l'amélioration stable des symptômes affectifs, son anamnèse et l'examen psychiatrique correspondent au diagnostic d'une dysthymie caractérisée par des symptômes anxieux et dépressifs légers qui restent insuffisants pour retenir un trouble dépressif récurrent léger ou moyen. Dite amélioration stable de l'état psychique ne permet plus de retenir des limitations

fonctionnelles sur le plan psychique d'un expertisé qui fait preuve de ressources personnelles compatibles avec une pleine capacité de travail, notamment pour une activité manuelle simple, sur le plan psychique. Il n'y a plus de maladie psychique valant incapacité. Depuis le 19 février 2018, date de l'examen, au plus tard, l'effort pour surmonter les symptômes affectifs légers dus à la dysthymie demeure raisonnablement exigible afin de reprendre une activité professionnelle à plein temps, notamment un travail manuel simple. Un potentiel de réinsertion existe, mais l'assuré se montre actuellement peu enclin à le mettre en valeur, en mettant en avant des plaintes incohérentes s'expliquant par l'adoption d'un rôle d'invalidé maintenu par des bénéfices secondaires. Toute mesure professionnelle est exigible depuis le 19 février 2018, notamment la reprise d'une activité professionnelle mettant en valeur ses expériences manuelles, reprise qui devrait se dérouler idéalement d'abord dans le cadre d'un stage lui permettant d'augmenter progressivement son taux de travail jusqu'à 100% au cours de 9 mois, afin de tenir compte du déconditionnement professionnel après des années d'absence du marché du travail. Cette date peut être considérée comme le début de la capacité de réadaptation qui devrait permettre d'atteindre une pleine capacité de travail au cours de 9 mois en tenant compte de son déconditionnement professionnel. Le taux de travail au terme d'une mesure de réinsertion serait de 100%, sans diminution de rendement, car il n'y a pas maladie psychique incapacitante. 3.3.3. De façon conceptuelle, les experts retiennent: pour l'activité habituelle, une exigibilité de 75%, sans perte de rendement; dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles (somatiques), lui permettant d'éviter les positions debout prolongées, les déplacements en terrain accidenté et les mouvements de genuflexion à G de façon répétée, la capacité de travail est de 100%, sans perte de rendement; ce, pour les deux types d'activité, dès le 9 mars 2018, date des conclusions consensuelles et des rapports d'expertise. 3.3.4. La Cour fait siens les contenus de ces expertises, parfaitement détaillées et probantes au sens jurisprudentiel, et dont nulle autre pièce médicale citée ci-dessus ne justifie de s'écarter. Pour leur appréciation et leur appréciation consensuelle, les experts se sont fondés sur l'étude de l'ensemble du dossier asséurologique. La teneur d'autres rapports et examens médicaux a été mentionnée, et un résumé des antécédents médicaux, donné. Chaque spécialiste a fait état notamment de l'anamnèse, ainsi que des plaintes, des données et indications subjectives de

Tribunal cantonal TC Page 15 de 21 l'intéressé, et des observations cliniques réalisées. Les experts ne se sont pas contentés de considérer de manière abstraite la problématique. Les points litigieux ont ainsi 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. Des examens supplémentaires jugés nécessaires ont été réalisés; chacun a en sus émis des propositions thérapeutiques; enfin, un avis consensuel a dûment été apporté. 3.3.4.1 S'agissant de l'aspect somatique, il existe un status au genou G depuis 1999. Les gonalgies dont se plaint l'assuré ne l'empêchent aucunement d'exercer à plein temps et sans perte de rendement une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, somme toute très limitées. L'examen clinique, réalisé après que l'assuré a conduit sans pause depuis son domicile (ce qui représente au moins 45 min de trajet, supérieure à la limite de 20, puis 30 min. qu'il mentionne alors), les résultats des examens paracliniques, l'absence de tout traitement spécifique du genou depuis 1999, de même que de nécessité de prendre

autrement que sporadiquement une médication algique, non spécifiée au Dr S. _____ (environ 8 comprimés de Dafalgan 1g évoqués devant l'expert-psychiatre; à l'examen sérologique, résultat inférieur à 1, la limite basse étant de 66), etc., justifient effectivement d'accueillir avec circonspection les plaintes de fortes douleurs au genou. Cette perception subjective douloureuse alléguée ne trouve notamment pas de substrat dans l'observation objective de l'expert; en particulier, l'on relèvera une absence d'amyotrophie au genou G (relevée encore en 2000) et, globalement, de toute différence (pertinente) entre les côtés gauche et droit du corps; la différence de mobilité entre les genoux ($150^{\circ}-0^{\circ}-0^{\circ}$ D, $90^{\circ}-0^{\circ}-0^{\circ}$ G) n'est pas significative ici, étant relevé au passage, s'agissant des flexions, qu'elles sont possibles à 90° ddc, l'expertisé indiquant uniquement ressentir une douleur à G en fin de flexion, et que la distance talons-fesses est de 20 cm ddc. Il n'y a clairement pas là de quoi empêcher (cf. recours, p. 15) une activité, par exemple, dans l'industrie légère, laquelle n'implique pas des genuflexions G répétitives (expertise, p. 10; elles ne sont pas impossibles en soi), ni n'empêche des changements de position, que préconise d'ailleurs l'expert (éviter les positions debout prolongées). L'intensité douloureuse et ses conséquences qu'assume, subjectivement, vivre l'expertisé ne convainquent pas au vu des éléments objectifs et des incohérences/divergences constatées. Au reste, pas la moindre pièce médicale ne fut produite relativement à l'aspect somatique, depuis 2001. Outre qu'on peut s'interroger quant à la fréquence réelle des consultations du généraliste traitant (1 à 2 x par mois, selon ce que dit au rhumatologue, 6 à 7 fois par an indiquées au psychiatre; cf. également infra; depuis la 2ème révision de 2004, l'assuré n'a plus mentionné ce suivi dans le formulaire de révision), il n'est pas soutenu que cela soit pour le genou uniquement. D'ailleurs, ni pendant le stage de 2018 (cf. infra), ni dans son opposition, l'assuré n'a évoqué une douleur physique, singulièrement pas au genou. Que le dernier rapport de la psychiatre traitante n'ait pas été soumis à l'expert-rhumatologue ne saurait induire une absence de valeur probante à l'expertise consensuelle (cf. recours, p. 15 s.), ne serait-ce que par ce que la praticienne n'y faisait, à nouveau, aucune mention d'un empêchement physique, ni même n'évoquait le mot douleur, et que la pause d'un diagnostic somatoforme revient avant tout à un psychiatre. De fait, seule doit être relevée une prise de poids d'une vingtaine de kilos depuis 1998-1999 (BMI de 31); obésité qui n'a en principe pas, de même que ses conséquences éventuelles (HTA,

Tribunal cantonal TC Page 16 de 21 cholestérol, sous contrôle ici; éventuelle répercussion sur la souplesse, les articulations...) valeur de maladie au sens de l'AI. Et (cf. recours, p. 16), qu'il ait indiqué un ratio de 8/10 VA en mouvement pour ses douleurs au genou et que l'expert n'ait pas retenu de motif d'exclusion à proprement parler n'est aucunement décisif, ni source d'une quelconque contradiction invalidant la valeur probante de l'expertise: d'une part, il s'agit d'une échelle unidimensionnelle d'auto-évaluation de l'intensité de la douleur, qui ne saurait être seule déterminante; d'autre part, si l'expert n'a pas observé de signes de majoration véritables à l'examen objectif, c'est que précisément, celui-ci a été très rassurant dans son déroulement et ses résultats (marche sans boiterie, douleur uniquement en fin de flexion au genou G, etc.), sans rapport avec l'intensité douloureuse alléguée précitée et les impossibilités/empêchements d'activités prétendus, qui n'ont pas convaincu l'expert, au vu notamment des résultats objectifs des examens. Même si, au final, c'est essentiellement la situation psychique qui a motivé l'octroi d'une rente AI, il n'en demeure pas moins que l'assuré avait initialement mis en avant celle somatique, ce encore lors de son stage AI de 2000 et auprès de I. _____ en septembre 2000 (cf. douleurs insupportables au genou G, nécessité d'avoir un poste de travail assis allégués, etc.; douleur au genou, peine à marcher

normalement; cf. dos. OAI 136 s, 174 et 201). Dans cette mesure, l'amélioration notable et pérenne de l'état de santé somatique et de ses conséquences est soulignée ici. 3.3.4.2 Sur le plan psychique, la Cour ne voit aucun élément justifiant de s'écarter de l'analyse détaillée et convaincante de l'expert-psychiatre, dûment complétée après prise en compte du déroulement du stage mis en place par l'AI et du dernier rapport de la psychiatre traitante. L'expert a en particulier vérifié si se retrouvaient réellement, objectivement, les symptômes typiques, dont plusieurs sévères, permettant de retenir un F33.2. Ce qu'il a nié. Un syndrome somatique est écarté, toute consommation d'alcool, niée; ne sont observés ni agitation ni ralentissement marqués, et sont objectivées la poursuite d'activités sociales et ménagères. Il n'y a pas de syndrome douloureux persistant ni de trouble d'adaptation, atteintes que retinrent des psychiatres lors de la première procédure AI; cela confirme aussi une amélioration de la situation. Ont été soulignées la légèreté, depuis des années, du suivi et du traitement médicamenteux, ainsi que les ressources importantes, éléments tous incompatibles avec la gravité qu'implique nécessairement le F33.2. On relèvera que si au temps de la première décision matérielle, différents traitements médicamenteux avaient été mis en place dans le cadre de la dernière hospitalisation, ces médicaments et ces nouveaux traitements supplémentaires ne seront plus jamais rapportés ni évoqués après la décision de 2001. Au contraire, la psychiatre traitante, qui a suivi l'assuré dès décembre 1999, a rapidement annoncé la prescription d'un antidépresseur uniquement (Remeron), à une dose faible, qui sera encore réduite, ultérieurement à 2011, à une minimale de 30mg/j, avec, en sus, un taux à l'examen sanguin de 2018 de 130, proche de la limite basse de 113. Ce n'est qu'en novembre 2018 qu'elle changera pour un autre antidépresseur (cf. infra), sans précision quant à la quantité, etc. Que (cf. recours, p. 13 et 18) la psychiatre traitante ait toujours posé le diagnostic F33.2, avec status stationnaire, et qu'elle a indiqué en 2011 que les changements médicamenteux (soit ceux de 2000 précités) n'avaient pas eu d'effet, ne suffit pas pour établir la survivance en 2018 encore de cette atteinte grave, ni son caractère thérapeutique- résistant; il en va de même s'agissant de la modification de novembre 2018, ce d'autant que sa durée d'un mois alors paraît courte pour en affirmer l'échec. En 2000, deux hospitalisations eurent lieu, la dernière à la fin de l'année; depuis, aucune ne fut requise jusqu'à celle, volontaire, de 2017, que l'assuré put interrompre après 3 jours et qui est

Tribunal cantonal TC Page 17 de 21 clairement non déterminante. Jusqu'à la décision attaquée, le reste du traitement sera uniquement constitué d'un entretien TPPI mensuel, insuffisant, incompatible avec la gravité d'un F33.2 qui serait présent sans discontinuer et sans jamais aucune modification depuis vingt ans. Et encore l'expert tint-il à compte de l'assertion donnée en expertise par le seul assuré (cf. expertise, p. 13; recours, p. 16: 240 en vingt ans). Or, la fréquence de consultation réelle paraît bien moindre, compte tenu des indications de la psychiatre traitante et des voyages de longue durée au Portugal (cf. rapport de la Dresse H. _____, du 22 avril 2016, dos. OAI 364: consultation tous les 3 mois; à noter également des durées même plus importantes entre les dates de dernier entretien annoncées par l'assuré et celles données la psychiatre traitante lors des révisions). Ont été à raison soulignées les ressources qui ont, notamment, permis à l'assuré, peu après sa sortie de seconde hospitalisation, avec un diagnostic F33.2 posé et une impossibilité affirmée de reprendre le stage, de partir au Portugal deux fois dans le premier trimestre 2001, avec l'intention de trouver une femme qui puisse l'aider à élever ses enfants (cf. expertise, p. 6). La famille qui sera ainsi constituée (naissance du premier enfant en décembre 2001) perdure de façon stable et heureuse pour l'assuré à ce jour. Ainsi, dès 2001, il est notamment

en état d'organiser sa vie entre la Suisse et le Portugal, où il se rend fréquemment, sans heurts. Et ce, qui plus est, en gardant des contacts réguliers et bons avec les membres des deux familles élargies, première belle-famille comprise. Pendant 15 ans, il peut vivre par lui-même en Suisse, sans sa femme et ses enfants. Il y a amélioration notable et très stable de la situation là aussi, y compris sur le plan des inquiétudes sociales, organisationnelles et financières connues avant la décision attaquée. L'isolement, l'absence de toute sociabilité ne sont clairement pas avérés, en Suisse ou au Portugal. C'est donc de façon probante que l'expert-psychiatre a, conformément aux prescrits jurisprudentiels, expliqué que les critères de classification du trouble dépressif F33.2 ne sont plus remplis, et qu'il n'y a pas de limitations concrètes dans les fonctions de la vie quotidiennes, qui sont présupposées dans la classification, de sorte qu'aucune ne devait être prise en compte dans l'évaluation de la capacité de travail. Et que, de manière tout aussi étayée et conforme, il n'a retenu que la présence d'une dysthymie (F34.1), en précisant qu'elle n'était pas invalidante. On ne voit pas en quoi il ne pourrait être suivi, étant relevé notamment que cette atteinte n'est associée ni à une anxiété généralisée, ni à un grave trouble de la personnalité – que ne sont pas les traits passifs et évitants mentionnés par l'expert. La suggestion d'adaptation thérapeutique de l'expert psychiatre (p. 20; augmentation de l'antidépresseur dans le but d'une rémission complète de la dysthymie, et psychothérapie en parallèle, par exemple d'orientation cognitivo-comportementale, afin de surmonter son rôle d'invalidé) atteste du sérieux de l'expertise. Elle ne saurait aucunement remettre en cause ce qui précède, singulièrement pas la date du 19 février 2018 au plus tard pour une capacité de travail à 100% sur le plan psychique, dans l'activité habituelle ou adaptée. Aucun élément ne permet de considérer que l'examen psychiatrique de plus de 3 heures n'a pas été un "examen complet" (cf. recours, p. 11 s.), assumé par un expert en mesure de "faire la part des choses", indépendamment de l'humeur de l'expertisé du jour, ni que l'appréciation de la psychiatre traitante aurait un poids prépondérant parce que, elle, elle le voit depuis vingt ans. Au reste, bien que vu par l'expert-rhumatologue un autre jour, l'expertisé lui a indiqué également des activités effectuées, etc. En revanche, que de tous ces éléments d'amélioration, la psychiatre traitante ne relève, en 2011, en définitive, lapidièrement (par rapport à son rappel d'éléments antérieurs à la première décision AI), uniquement le fait qu'il a une nouvelle famille, mais en précisant tout de suite que cela ne pas le moindre changement sur le diagnostic, ses effets, etc., n'incite pas à conférer, à la place des appréciations des experts, une pleine valeur probante à celle de la

Tribunal cantonal TC Page 18 de 21 psychiatre traitante. Etant de surcroît rappelé qu'il y a lieu, cas échéant, comme ici, d'accueillir avec une certaine réserve l'avis d'un médecin traitant. 3.3.5. Dans son rapport et annexe du 20 décembre 2018 (dos. OAI 504 et 507), la psychiatre traitante retient un trouble dépressif récurrent (F33.2), récemment avec des symptômes déficitaires, une personnalité dépendante et anxieuse (F60.7). Dans son complément du 29 janvier 2018 (cf. dos. OAI 515), l'expert-psychiatre, auquel les différentes pièces postérieures à l'expertise ont été soumises, indique qu'elles n'apportent aucun élément médical nouveau susceptible de modifier son appréciation. L'assuré fait toujours preuve de capacités surprenantes lui permettant d'entreprendre encore un voyage, de plus d'un mois (annoncé du 15 juillet au 21 août 2018) au Portugal peu avant le début de son stage; or selon ses dires, durant ces séjours, il voit famille et amis d'enfance, et cela lui fait du bien; l'absence d'aggravation de son état psychique durant ces vacances d'été 2018 paraît confirmée par les démarches thérapeutiques de la psychiatre traitante: limitation toujours à des consultations mensuelles, prescription jusqu'à fin novembre 2018 du même

antidépresseur durant 17 ans à une dose minimale efficace. Or, un épisode dépressif s'aggrave typiquement lors d'un changement de la routine. Plusieurs éléments objectivables lors de l'anamnèse et l'examen d'expertise contrastent avec les conclusions de la psychiatre traitante concernant un état déficitaire chronique majeur ainsi que la façon dont s'est présenté l'assuré au centre pour un stage d'entraînement. Sans mise à contribution d'options thérapeutiques caractérisant pourtant un trouble psychique majeur, notamment d'une gravité chronique telle que retenue par la Dresse H. _____, l'assuré fait preuve de capacités incompatibles avec ses plaintes et sa présentation lors dudit stage. Ainsi, il se présente soigné et habillé de manière recherchée à l'examen du 19 février 2018, sans signe majeur de fatigue ou de manque d'énergie au cours de 190 minutes d'examen, hormis des plaintes concernant des céphalées après environ 150 minutes. Les observations faites en expertise correspondent à sa capacité de participer aux tâches ménagères, notamment de réveiller ses enfants pour l'école le matin avant de leur préparer le petit déjeuner et conduire un fils à l'école. S'occupant d'une partie du nettoyage d'un appartement de 4 personnes (aspirateur et vaisselle), il nie toute difficulté limitant la conduite automobile, par exemple lorsqu'il fait seul des courses ou rend visite à son frère plusieurs fois par semaine; cette exploration des activités sociales et quotidiennes ne permet pas de confirmer l'hypothèse d'une vie isolée et d'un manque de ressources décrite par la psychiatre traitante, qui semble se baser sur les propos de l'assuré et son épouse. Dans ce cadre, il paraît regrettable que son rapport du 20 décembre 2018 reste succinct, sans exploration des activités ni de status psychique permettant de distinguer des plaintes subjectives de symptômes objectivables. Contrastant avec cette limitation uniforme alléguée du niveau d'activité dans tous les domaines comparables de la vie, l'exploration expertisée de ces aspects témoigne de ressources personnelles préservées et incompatibles avec un trouble psychique majeur. Dans ce cadre, le trouble de la personnalité retenu par la psychiatre traitante pour la première fois après plus de 10 ans de suivi, paraît particulièrement surprenant car un tel trouble entraîne par définition des graves perturbations sur plusieurs niveaux de fonctionnement depuis à l'adolescence. En revanche, divers documents témoignent d'un manque de motivation pour une réinsertion professionnelle à cause de facteurs sortant du champ médical. Ainsi, des médecins de la clinique de E. _____, avaient déjà expliqué, en 1999, ce manque de motivation par des problèmes sociaux et linguistiques, des facteurs culturels, ainsi que des difficultés à organiser une garde pour ses enfants. La façon d'être lors du stage d'entraînement de 2018 contraste avec les capacités dont il fait preuve dans sa vie quotidienne. Après environ vingt

Tribunal cantonal TC Page 19 de 21 ans d'absence du marché du travail et une rente AI entière depuis 2001, ces incohérences confirment l'adoption d'un rôle d'invalidé maintenu par des bénéfices secondaires. La Cour fait sienne cette appréciation probante du rapport de la psychiatre-traitante, lequel ne saurait modifier en rien ce qui a été retenu plus haut. Le diagnostic F60.7 est posé pour la première fois après 20 ans de suivi. Les symptômes rapportés paraissent surtout connotés subjectivement, reprenant les dires de l'assuré. Tout cela traduit au plus un aspect réactionnel à la notification, en octobre 2018, du projet de suppression de rente, et ne rend pas hautement vraisemblable l'existence d'une atteinte à la santé invalidante et/ou sa péjoration durable. Ce dont témoigne aussi la seule modification de l'antidépresseur (sans dose donnée), intervenue au cours du mois de novembre 2018 uniquement. La psychiatre ne dit pas depuis quand les consultations sont mensuelles (automne 2018?), ni ne se prononce sur l'expertise et le stage effectué. Quant aux réponses (succinctes) au questionnaire du recourant du Dr W. _____, du 25 juillet 2019, elles sont

postérieures à la date de la décision attaquée, qui marque en principe la fin de la période soumise à l'examen du Tribunal de céans. Pas la moindre précision n'est au demeurant donnée quant aux circonstances ayant amené ce médecin à se prononcer. On relèvera également qu'il retient un F33.2 (sans précision de date de survenance, sans se positionner quant à l'expertise l'excluant, etc.), ne mentionne pas d'autre diagnostic, singulièrement pas un F60.7, et relie l'incapacité de travail à 100% dans l'économie réelle qu'il retient à des mots comme: présente encore une vulnérabilité psychique, est actuellement dans une phase dépressive. 3.4. Au vu du dossier et de ce qui précède, pour la Cour, depuis le 9 mars 2018 au plus tard, une modification, dans le sens d'une amélioration, notable, significative et durable, est intervenue. Cette date est la plus tardive à partir de laquelle il n'y a plus aucune atteinte invalidante, et la capacité de travail est de 100%, sans perte de rendement. Toujours du point de vue médico- théorique et depuis cette même date, l'assuré est en outre pleinement apte à la réadaptation. Même en prenant en compte les 9 mois depuis le 19 février 2018 que l'expert-psychiatre proposait (ce qui ne figure pas dans les conclusions consensuelles) d'accorder encore pour aider l'assuré à recouvrir de fait une capacité de travail pleine et entière, eu égard au déconditionnement professionnel intervenu, mais aussi le déroulement du stage (cf. infra), la décision du 11 février 2019 de suppression de rente respecte, en tout état de cause, aussi la temporalité requise. 3.5. L'assuré, s'il était très loin de l'âge de 55 ans lorsque il fut expertisé, avait néanmoins perçu une rente depuis plus de 15 ans. Malgré sa capacité de travail médico-théorique recouverte entièrement au plus tard le 9 mars 2018, il avait droit à des mesures d'ordre professionnel. Pour le recourant, une mesure de seulement trois mois de préparation à une activité professionnelle était insuffisante, inadéquate, illusoire; rien n'indique que le programme de réinsertion, dont aucune indication ne figure au dossier, ait été effectivement adapté, permettant un suivi suffisant pour une mise à profit efficace et effective d'une hypothétique capacité de travail. L'OAI aurait dû au contraire partir du principe que tel n'était pas le cas, puisqu'il n'a pas pu faire autre chose qu'être accoudé à sa table en raison de sa fatigue, et qu'il n'a pas communiqué avec ses collègues; il aurait par exemple plutôt fallu un début en douceur, avec des entretiens de présentation, et non être directement envoyé à "un poste de travail". Rien ne permettant de retenir là une mesure d'ordre professionnel préalable, l'OAI ne pouvait considérer qu'une telle avait eu lieu, et rendre une décision de suppression de rente sans proposer de vraies mesures adaptées. Pour la Cour, des explications quant à la situation ont été fournies dans la communication de l'OAI du 17 avril 2018 (dos. OAI 470), avec avis que les mesures qui seraient proposées n'avaient pas

Tribunal cantonal TC Page 20 de 21 pour but d'évaluer la capacité de travail, ainsi que des conséquences d'un refus de les suivre ou d'un suivi non conforme à ce qui pouvait être exigé de lui. D'autres renseignements furent donnés au guichet le 23 du même mois, et lors de l'entretien du 10 juillet (cf. rapport du 10 juillet 2018, dos. OAI 476, indiquant que le stage permettra de reprendre une structure journalière et de définir des cibles professionnelles; l'assuré a en outre visité le centre) Le stage a débuté le 8 octobre, après des vacances au Portugal. On ne peut retenir ni que l'assuré ne savait rien du stage, ni que celui a débuté tout soudainement, sans explications répétées données ni, au reste, un très long temps pour se préparer à son début. L'on rappellera également la nature de ce stage (une préparation) et le fait qu'il devait se dérouler dans un centre spécialisé, avec des conseillers socioprofessionnels, et ne constituait notamment pas un travail en entreprise, selon les exigences et conditions de l'économie libre. Il n'y eut, compte tenu de tout cela, aucune brutalité à avoir requis l'assuré de s'asseoir à sa place ("poste de travail"). Un stage tel que

celui prévu tend précisément à remettre le pied à l'étrier à des assurés qui, comme en l'espèce, connaissent un déconditionnement professionnel; rien ne permet de nier, de principe, son adéquation à cet égard. En revanche, pour la Cour, si le stage pris fin la même semaine qu'il a débuté, c'est par la seule attitude de l'assuré très démonstrative et inadéquate (cf. dos. OAI 470 ss et 562), et, même si ce point n'est déterminant ici, totalement injustifiable médicalement, en particulier du fait de la capacité totale de réadaptation existant psychiquement depuis le 19 février 2018 au plus tard. Ce d'autant plus que l'assuré revenait de longues vacances au Portugal, séjour qu'il a toujours ressenti très favorablement à tout point de vue. Déjà le 10 juillet 2018, son comportement avait été tel que la conseillère d'orientation avait cru bon d'écrire qu'il "démontre" son mal-être. Dès le premier jour du stage, les maîtres de réadaptation relèvent que son comportement est inadéquat, avec une attitude négative envers ledit stage; il reste assis, la tête baissée, sans bouger, sans réagir à la discussion essayée; questionné, il répond uniquement qu'il est fatigué; un moment, il pleure, répétant qu'il est trop fatigué et que l'OAI l'oblige à faire un stage. Il est alors avisé que si cela devait persister, il devra être mis fin au stage, rendu impossible. Or, les deux jours suivants, il persiste dans son attitude d'absence de motivation; reste fréquemment affalé à sa place, la tête dans les mains, et son "rendement" est estimé entre 10 et 20%. Une séance pour faire le point, le 4ème jour, ne pourra avoir lieu, l'assurant retournant dès le matin chez lui, disant qu'il n'est pas bien. Le stage prend fin. Jamais aucune pièce médicale ne fut produite, ni avant le début du stage, ni ce 4ème jour, ni ultérieurement, qui indiquerait qu'il n'était pas adapté, et expliquerait, à tout le moins, pourquoi il ne pouvait être attendu de l'assuré, objectivement, qu'il le commence autrement qu'il ne le fit dès son tout début, conformément aussi à son obligation de réduction de dommage. En particulier, la psychiatre traitante, en décembre 2018, ne se prononce aucunement sur ce stage. Or, si un droit à une mesure de réadaptation existait bien ici, cela ne l'était pas de façon absolue: l'assuré ayant montré et persisté dans une attitude étrangère à la collaboration qui pouvait et devait être attendue de lui, vu en particulier le cadre, la "légèreté" et l'adaptation objective de la mesure, ayant, en d'autres termes, fait montre d'un défaut d'aptitude subjective à cette réadaptation, c'est à raison qu'elle a été arrêtée, puis qu'il a été statué sur le droit à la rente.

3.6. L'OAI a (cf. recours, p. 19 s.) à raison pris en compte pour le revenu sans atteinte à la santé un salaire dans la construction sans, précisément, limitations de santé, et, pour le revenu avec atteinte, du salaire basé sur l'ESS, Tableau TA1, tirage_skill_level 2014, Total, niveau 1, Hommes, tenant compte du large panel d'activités adaptées à l'assuré, sans réduction aucune, la capacité de travail étant pleine et entière. Pour le reste, le recourant ne formule de critique de l'appréciation de l'OAI dans son calcul, qui n'apparaît pas prêter le flanc à la critique. En tout état

Tribunal cantonal TC Page 21 de 21 de cause, le taux d'invalidité de 3% retenu est bien loin du minimum de 39.5% nécessaire pour un droit à un quart de rente. La rente de l'assuré a été dûment et justement supprimée. 4. La décision attaquée doit être confirmée, et le recours, rejeté. Les frais de justice, fixés à CHF 800.-, seront mis à la charge du recourant, qui succombe, et 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 procédure, fixés à 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 22 mai 2020/djo Le Président :
Le Greffier-rapporteur :

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