

FR_GERICHTE 608 2021 186 vom 4. Februar 2022

FR Kantonsgericht, 2022-02-04, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_608_2021_186

FR: FR_GERICHTE 608 2021 186 du 4 février 2022

IT: FR_GERICHTE 608 2021 186 del 4 febbraio 2022

Regeste

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

Erwägungen

E. 1

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

E. 2

Le droit applicable est déterminé par les règles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits, étant précisé que le juge n'a pas à prendre en considération les modifications du droit ou de l'état de fait postérieurs à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 130 V 445 consid. 1.2.1 et les références citées). Les nouvelles dispositions légales introduites dans le cadre du développement continu de l'AI et entrées en vigueur le 1er janvier 2022 ne sont ici pas applicables au vu de la date de la décision querellée.

E. 3.1

Aux termes de l'art. 8 al. 1 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 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI; RS 831.20), est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou

Tribunal cantonal TC Page 4 de 18 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. Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 al. 1 LPGA). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (art. 7 al. 2 LPGA).

E. 3.2

Les atteintes à la santé psychique – y compris les troubles somatoformes douloureux persistants ou fibromyalgie – peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas

comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (art. 7 al. 2, 2ème phrase, LPG; 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), 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 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.

Tribunal cantonal TC Page 5 de 18 Les facteurs psychosociaux et socioculturels ne constituent à eux seuls pas des atteintes à la santé entraînant une incapacité de gain au sens de l'art. 4 LAI. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire qu'un substrat médical pertinent entrave la capacité de travail (et de gain) de manière importante et soit à chaque fois mis en évidence par un médecin spécialisé. Plus les facteurs psychosociaux et socioculturels apparaissent au premier plan et imprègnent l'anamnèse, plus le diagnostic médical doit préciser si l'atteinte à la santé psychique équivaut à une maladie. Il ne suffit donc pas que le tableau clinique soit constitué d'atteintes relevant de facteurs socioculturels; il faut au contraire que celui-ci comporte d'autres éléments pertinents au plan psychiatrique tels qu'une dépression durable au sens médical ou un état psychique assimilable et non une simple humeur dépressive. En définitive, une atteinte psychique influençant la capacité de travail de manière autonome est nécessaire pour que l'on puisse parler d'invalidité. Tel n'est

en revanche pas le cas lorsque l'expert ne relève pour l'essentiel que des éléments trouvant leur explication et leur source dans le champ socioculturel ou psychosocial (ATF 127 V 294 consid. 5a; arrêt TF I 797/06 du 21 août 2007 consid. 4).

E. 3.3

Selon l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a), s'il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) et si, au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins (let. c). En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI (en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021), l'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40 % au moins. La rente est échelonnée comme suit selon le taux de l'invalidité: un taux d'invalidité de 40 % au moins donne droit à un quart de rente; lorsque l'invalidité atteint 50 % au moins, l'assuré a droit à une demi-rente; lorsqu'elle atteint 60 % au moins, l'assuré a droit à trois quarts de rente et lorsque le taux d'invalidité est de 70 % au moins, il a droit à une rente entière. D'après l'art. 16 LPGA, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu du travail que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé à celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré. Il découle de la notion d'invalidité que ce n'est pas l'atteinte à la santé en soi qui est assurée, ce sont bien plutôt les conséquences économiques de celle-ci, c'est-à-dire une incapacité de gain qui sera probablement permanente ou du moins de longue durée (ATF 127 V 294). Le taux d'invalidité étant une notion juridique fondée sur des éléments d'ordre essentiellement économique, et pas une notion médicale, il ne se confond donc pas forcément avec le taux de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 122 V 418).

E. 4

Selon l'art. 17 al. 1 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision. La rente peut ainsi être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain (ou d'exercer ses travaux habituels) ont subi un changement important (ATF 130 V 343 consid. 3.5). Une simple appréciation différente d'un état de

Tribunal cantonal TC Page 6 de 18 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). Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient lorsque la décision initiale de rente a été rendue avec les circonstances régnant à l'époque du prononcé de la décision litigieuse (ATF 130 V 351 consid. 3.5.2; 125 V 369 consid. 2 et la référence citée; voir également ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). Le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une révision correspond à la dernière décision qui repose sur un examen matériel du droit à la rente, avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit (ATF 133

V 108 consid. 5.4). Une communication, au sens de l'art. 74ter let. f du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI; RS 831.201), a valeur de base de comparaison dans le temps si elle résulte d'un examen matériel du droit à la rente (cf. arrêts TF 9C_46/2009 du 14 août 2009 consid. 3.1 in SVR 2010 IV n° 4 p. 7; 9C_910/2010 du 7 juillet 2011 consid. 3.2 a contrario).

E. 5

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). Selon le principe de la libre appréciation des preuves, 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). Lorsqu'il s'agit d'examiner la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant, c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Ce qui en définitive constitue l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1; 133 V 450 consid. 11.1.3; 125 V 351 consid. 3a). S'agissant des rapports médicaux des médecins traitants, le juge peut et doit même tenir compte du fait que ceux-ci, dans le cadre d'une relation de confiance issue du mandat qui leur a été confié, s'expriment, dans les cas douteux, plutôt dans un sens favorable à leurs patients (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références).

Tribunal cantonal TC Page 7 de 18 En cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; arrêt TFA I 514/06 du 25 mai 2007 publié in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt TF 9C_876/2009 du 6 juillet 2010 consid. 2.2). Enfin,

lorsqu'il est constaté que la cause n'est pas suffisamment instruite au plan médical, les tribunaux cantonaux devront, en règle générale, ordonner une expertise judiciaire, à la charge de l'assureur, lorsqu'ils estimeront qu'un état de fait médical nécessite des mesures d'instruction sous forme d'expertise ou lorsqu'une expertise administrative n'a pas de valeur probante sur un point juridiquement déterminant. Un renvoi à l'assureur demeure néanmoins possible lorsqu'il est justifié par une question nécessaire demeurée jusqu'ici non éclaircie ou lorsque certaines affirmations d'experts nécessitent des éclaircissements, des précisions ou des compléments (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4).

E. 6

Est en l'espèce litigieuse la question de savoir si c'est à juste titre que l'autorité intimée a supprimé la rente entière d'invalidité perçue jusqu'alors par le recourant à l'issue de la révision d'office initiée le 7 janvier 2015. Pour répondre à cette question, il faut, selon la jurisprudence susmentionnée en matière de révision, déterminer si son taux d'invalidité s'est modifié en comparant son état de santé et ses répercussions sur sa capacité de travail au moment de la décision du 24 septembre 2007, dernière décision entrée en force qui repose sur un examen matériel du droit à la rente, avec celui qui était le sien à la date à laquelle la décision querellée a été rendue, soit le 27 octobre 2021.

E. 6.1

Au moment de la décision du 24 septembre 2007, la situation médicale du recourant se présentait de la façon suivante: Sur le plan somatique, le recourant présente une lyse isthmique L5-S1 sans listhésis avec discopathie de grade I à II au niveau L4-L5 et de grade II au niveau L5-S1 avec protrusion discale postérieure (diagnostic posé par le Dr D._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, dans son rapport du 20 mars 2006; dossier OAI, p. 101). Dans un rapport du 16 novembre 2006 (dossier OAI, p. 138), ce spécialiste indique que le recourant ne peut plus exercer son ancienne activité de maçon (recte: croqueur de verre) dans laquelle il subit une diminution de rendement d'au moins 60 %, mais que, dans une activité adaptée qui permet des changements de position fréquents et qui ne comporte pas de port de charges lourdes supérieures à 15 kg, il peut progressivement reprendre une activité lucrative à 50 % puis 100 %. Dans un rapport du 24 novembre 2006 (dossier OAI, p. 144), le Dr E._____, spécialiste en médecine interne auprès du Service médical régional des Offices AI Berne/Fribourg/Soleure (ci-

Tribunal cantonal TC Page 8 de 18 après: SMR), se rallie à l'avis du Dr D._____ du point de vue orthopédique, mais relève que des troubles psychiques sont évoqués, de sorte qu'il faut instruire le dossier sur le plan psychiatrique. Une expertise psychiatrique a dès lors été mise en œuvre auprès du Dr C._____, lequel a rendu son rapport en date du 19 juin 2007 (dossier OAI, p. 163). L'expert dépose les conclusions suivantes: "D'un point de vue psychopathologique, [l'assuré] présente une symptomatologie dépressive de gravité moyenne à sévère associée à de nombreuses plaintes somatiques qui probablement sont l'expression de la souffrance psychique sous-jacente. Le tout prend racine sur une personnalité probablement passive dépendante qui s'est actuellement décompensée en raison des facteurs de risques déjà mentionnés. Vu l'importance de la symptomatologie dépressive, des plaintes somatiques chez un patient ayant probablement très peu de ressources, [l'incapacité de travail] complète paraît parfaitement justifiée. La bonne observance au traitement de [l'assuré] démontre qu'il fait tout ce que l'on est en droit

d'attendre de lui afin de diminuer le dommage économique lié à son état de santé. Le pronostic paraît réservé à moyen terme s'agissant d'une évolution chronique dans un contexte psychosocial, familial et économique défavorable chez un patient pour le surplus acculturé. En conclusion, nous partageons le point de vue des Drs F. _____ et G. _____ de l'Hôpital de H. _____, dans leur rapport à notre attention du 5 juin 2007 (dossier OAI, p. 186)". Dans ce rapport, les médecins susmentionnés retiennent le diagnostic de trouble schizo-affectif type dépressif (F25.1) et émettent un pronostic réservé quant à la capacité de travail du recourant. Sur cette base, retenant une incapacité de travail de 100 %, l'autorité intimée a donc accordé au recourant une rente entière d'invalidité dès le 1er juillet 2006.

E. 6.2

Une première procédure de révision a été initiée en 2009 et s'est achevée par la communication du 7 avril 2011 qui constatait que sa situation n'avait pas changé et que la rente entière était toujours justifiée. Par la suite, le dossier du recourant n'a pas été réexaminé jusqu'au mois de janvier 2015 lorsqu'une nouvelle procédure de révision a été initiée, laquelle s'est terminée par la décision litigieuse du 23 septembre 2021, date à laquelle il convient d'examiner si l'état de santé du recourant a évolué et s'il a recouvré une capacité de travail.

E. 6.2.1

Sur le plan somatique, le Dr D. _____ confirme, dans un rapport du 17 avril 2015 (dossier OAI, p. 303), que le patient souffre depuis plusieurs années de lombalgies sur discopathie L4-L5 et L5-S1. Il indique que l'évolution est actuellement plutôt stable avec une persistance de lombalgies qui ne nécessite pas de traitement chirurgical. Il ne constate pas de déficit neurologique, pas de douleurs à la palpation de la colonne lombaire et relève que la marche est fluide, sans boiterie, possible sur la pointe des pieds et les talons. Il conclut que, du point de vue du dos, il n'y a aucune incapacité de travail et que le patient est apte à travailler à 100 %. Il retient une diminution de rendement dans son métier actuel de 20 %, mais souligne qu'il n'y a pas de diminution de rendement dans une activité adaptée. Dans un rapport du 19 avril 2018 (dossier OAI, p. 635), il constate que le patient présente des douleurs très intenses à la colonne lombaire qui irradient dans le membre inférieur droit. Au vu de l'absence d'amélioration et des douleurs chroniques, il préconise une intervention chirurgicale agendée au 28 mai 2018. Dans un rapport du 30 avril 2018 (dossier OAI, p. 634), le Dr I. _____, spécialiste en anesthésiologie auprès du SMR, estime que l'intervention programmée le 28 mai 2018 justifiera une incapacité de travail dans toute activité pour une durée de 6 mois. Cette intervention n'a toutefois pas eu lieu, car le patient a eu une forte angoisse et a annulé l'opération (rapport du Dr D. _____ du 23 août 2018; dossier OAI, p. 647). Celle-ci a finalement eu lieu le 2 novembre 2018 et le Dr I. _____ confirme que l'intervention rachidienne

Tribunal cantonal TC Page 9 de 18 justifie une incapacité de travail totale dans toute activité pour une durée de six mois (rapport du 12 février 2019; dossier OAI, p. 698). Dans son rapport du 26 février 2019 (dossier OAI, p. 704), le Dr D. _____ mentionne qu'il est rassuré par le résultat des investigations. Il explique au patient que les 2 composantes qui persistent sont d'une part une radiculopathie résiduelle avec dysesthésie sur le territoire L5 D, sans signe de dénervation (pour laquelle le traitement par Lyrica est très important) et d'autre part des douleurs mécaniques facettaires sur lyse isthmique (pour lesquelles il

pourrait proposer une infiltration de la lyse ou des facettes sous CT). Dans un rapport du 11 mars 2019 (dossier OAI, p. 711), il estime que l'état de santé du patient s'est amélioré et que, même si ce dernier est encore très algique, il peut effectuer une reprise de son activité de manière progressive. Le 12 septembre 2019 (dossier OAI, p. 716), une infiltration facettaire L4-L5 bilatérale sous sédation et contrôle scanographique est réalisée. Dans un rapport du 18 novembre 2019 (dossier OAI, p. 722), il constate une amélioration des douleurs suite à l'infiltration et considère que, du point de vue de la colonne vertébrale, il n'y a pas de limitation ni diminution de rendement dans une activité qui permette des changements de position fréquents et qui exclut des mouvements répétitifs ainsi que le port de charges lourdes de plus de 20 kg de manière régulière. Dans un rapport du 15 octobre 2020 (dossier OAI, p. 774), il constate que, malgré toutes les mesures prises et la physiothérapie qu'il poursuit, le patient présente toujours des douleurs de type brûlures partant du dos, irradiant dans toute la jambe droite qui le réveillent également durant la nuit. Il ajoute que le patient est très limité dans toutes ses activités, ne parvient parfois même plus à monter les escaliers et qu'il décrit également de grandes répercussions au niveau de son moral. Dans les rapports du 21 janvier, du

E. 6.2.2

A la lecture des rapports médicaux précités, la Cour de céans constate que, sur le plan somatique, la situation du recourant n'a pas subi de modification notable. Le diagnostic n'a pas changé et, malgré les nombreux traitements effectués, le recourant se plaint toujours de douleurs. Il n'est pas contesté que cette atteinte l'empêche de poursuivre son activité antérieure de croqueur de verre. En revanche, dans une activité adaptée, le spécialiste traitant a indiqué à plusieurs reprises (cf. rapports du 16 novembre 2006, du 17 avril 2015, du 18 novembre 2019) que le recourant peut travailler à 100 % sans diminution de rendement. Cette conclusion s'impose toujours au moment de

Tribunal cantonal TC Page 10 de 18 la décision litigieuse. Certes, comme le relève le recourant, une nouvelle intervention chirurgicale a été réalisée le 16 novembre 2021 et justifie probablement une période d'incapacité de travail. Toutefois, d'une part, l'opération devrait diminuer les douleurs et améliorer l'état de santé du recourant et, d'autre part, l'incapacité de travail sera temporaire, tout au plus comme celle qu'a subie le recourant suite à l'intervention du 2 novembre 2018. A cet égard, on peut relever que, dans son rapport du 11 janvier 2022, le Dr J._____ constate effectivement que les sciatalgies dans la jambe gauche ont plus ou moins disparu et que les fortes douleurs ressenties dans l'articulation sacro-iliaque consistent en une irritation transitoire à cause du bassin déséquilibré par la douleur chronique. Il ne se prononce pas sur l'incapacité de travail et fixe le prochain rendez-vous dans plusieurs mois, soit le 1er juin 2022. Ces nouveaux éléments ne viennent donc pas modifier l'appréciation susmentionnée. Ainsi, à l'exception de certaines périodes d'incapacité de travail dues aux deux interventions chirurgicales de 2018 et 2021 et éventuellement parfois également en raison des douleurs, le recourant aurait toujours pu travailler à 100 % dans une activité adaptée. Au vu de ce qui précède, le grief du recourant qui reproche à l'autorité intimée de n'avoir pas tenu compte de l'atteinte somatique pour statuer n'est dès lors pas fondé et la mise en œuvre d'une expertise orthopédique n'est pas nécessaire, dans la mesure où l'avis du Dr D._____, spécialiste traitant précédent, est clair et n'est pas remis en cause par le Dr J._____, nouveau spécialiste traitant.

E. 6.2.3

Sur le plan psychiatrique, le recourant est suivi depuis de nombreuses années par K. _____ auprès de L. _____ et a été hospitalisé à 4 reprises (1x en 2006, 2x en 2007 et 1x en 2018). Dans un rapport du 17 juillet 2009 (dossier OAI, p. 218), les Dr M. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et N. _____, médecin-assistant, estiment qu'il n'y a pas de changement dans les diagnostics et que l'état de santé est stationnaire. Ils font les constatations suivantes: "Le patient est encore toujours très fatigué, irritable, il dort mal, il se réveille la nuit, il est verbalement agressif, il a un comportement difficile envers sa femme et ses enfants (la femme a peur qu'il la frappe). De temps en temps, le patient a des idées suicidaires envahissantes, raison pour laquelle il nous demande des entretiens psychiatriques d'urgence, aussi pour éviter de nouvelles hospitalisations. Malgré les entretiens psychiatriques et la psychopharmacologie, nous observons que le patient se présente très méfiant et persécuté". Dans un rapport du 17 février 2015 (dossier OAI, p. 292), le Dr O. _____, médecin auprès de L. _____, relève que l'évolution de la maladie psychiatrique du patient est défavorable, sans amélioration significative de l'état, nonobstant les mesures thérapeutiques. Les diagnostics posés sont un épisode dépressif moyen à sévère, sans symptômes psychotiques (F32.2) et une modification durable de la personnalité, liée à un syndrome algique chronique (F62.8). Dans un rapport du 7 octobre 2016 (dossier OAI, p. 393), la Dre P. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, fait les constatations suivantes: "Monsieur souffre d'une pathologie psychiatrique grave, avec une évolution très fluctuante. Durant certaines périodes, grâce au traitement pharmacologique important, en particulier les neuroleptiques, une rémission de la clinique psychotique a pu être constatée, cependant il présente actuellement une symptomatologie floride, avec des troubles de la perception (hallucinations visuelles et acoustico-verbales), ainsi que des troubles de la forme et du contenu de la pensée. Au niveau de l'agressivité et des passages à l'acte, exacerbés dans le passé, on constate tout de même une amélioration actuellement. L'état de santé psychique de Monsieur reste très fragile et vulnérable. En tenant compte de la symptomatologie persistante, autrement dit la symptomatologie positive et négative, la méfiance extrême, le manque de concentration, la perte de l'élan vital, le patient ne peut envisager d'exercer aucune activité dans

Tribunal cantonal TC Page 11 de 18 l'économie libre, ni dans un atelier protégé pour l'instant car ses troubles psychotiques sont passablement florides en ce moment". Dans un rapport du 7 février 2017 (dossier OAI, p. 419), cette spécialiste se prononce sur le rapport d'expertise réalisé par le Dr C. _____ en date du 1er septembre 2016. Elle le rejoint sur le diagnostic concernant les troubles de la personnalité limite, mais estime qu'il y a aussi une symptomatologie psychotique floride, avec des troubles de la perception (hallucinations visuelles et acoustico-verbales), ainsi que des troubles de la forme et du contenu de la pensée. Elle maintient que le patient ne peut pas envisager d'exercer une quelconque activité dans l'économie libre ni dans un atelier protégé. Dans la lettre de sortie du 18 janvier 2018 (dossier OAI, p. 622), les Dr Q. _____, médecin auprès du centre hospitalier de K. _____, et R. _____, médecin-assistant, retiennent les diagnostics de schizophrénie paranoïde (F20.0) et d'épisode dépressif moyen avec syndrome somatique (F32.1). Ils font les constatations suivantes: "A l'entretien d'admission, le patient est calme et collaborant. Il se plaint d'insomnies avec de multiples réveils nocturnes et apparition de troubles perceptifs (HV [hallucinations visuelles], HAV [hallucinations acoustico-verbales]) générateurs d'angoisses. Se décrivant comme une personne impulsive, il mentionne un risque hétéro-agressif. Il évoque une thymie triste et une perte d'élan vital. Il souhaite une

adaptation de son traitement médicamenteux qu'il juge inefficace. Monsieur se dit à distance de toute idéation suicidaire. RUD [outil pour évaluer le risque suicidaire] faible. Bénéficiant du cadre structurant de l'hôpital et grâce à l'adaptation de son traitement psycho-pharmacologique, Monsieur se dit très satisfait de son séjour et du traitement à la sortie. Il relate une nette diminution de ses troubles perceptifs avec une seule occurrence en milieu de nuit lors du séjour. Ses insomnies se sont amendées avec son traitement de Clotiapine 20mg au coucher qu'il souhaite garder quelques semaines (à réévaluer). Il décrit une thymie en nette amélioration et se dit prêt à retourner à domicile et reprendre un suivi psychiatrique ambulatoire". Dans un rapport du 25 avril 2018 (dossier OAI, p. 637), la Dre S._____ et le Dr T._____, tous deux spécialistes en psychiatrie et psychothérapie, retiennent les diagnostics de schizophrénie paranoïde (F20.0), de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, avec syndrome somatique (F33.1) et de modification durable de la personnalité liée à un syndrome algique chronique (F62.8). Ils estiment que le patient n'est plus en mesure d'assumer une activité dans l'économie libre, la capacité de travail étant nulle. En outre, le pronostic est défavorable vu la chronicité de l'atteinte psychique et somatique. Dans son rapport d'expertise du 1er novembre 2018 (dossier OAI, p. 653), le Dr C._____ retient les diagnostics de trouble dépressif majeur, récurrent, de gravité légère, avec sursimulation et de personnalité immature, histrionique, probablement état limite, mais estime qu'ils n'ont pas d'incidence sur la capacité de travail du recourant. Il fait les constatations suivantes: "[L'expertisé] ne présente pas d'anhédonie, ni d'aboulie, ni d'apragmatisme. Il sort, voit des amis tous les deux ou trois jours, affirme aimer ses enfants, avoir de bons contacts avec eux. On apprend, si l'on pose des questions directes, que l'assuré se rend avec eux au magasin ou au parc. L'irritabilité est marquée; [l'expertisé] est intolérant face aux frustrations, avec mise en conflit fréquente avec son épouse. Il existe de nombreuses bagarres, violence conjugale; son épouse aurait même dû se rendre à l'hôpital suite apparemment des coups reçus, nous dit-il. A trois reprises, celle-ci a dû se rendre au Foyer des femmes battues. L'assuré aurait même eu une bagarre il y a trois mois avec un ressortissant turque (et non kurde) qui se serait moqué de lui. [L'expertisé] l'aurait frappé au visage et au ventre. Ce dernier, qui aurait répondu, n'aurait néanmoins pas porté plainte, nous affirme-t-il. Le sommeil semble de mauvaise qualité. [L'expertisé] dit s'endormir assez facilement avec le traitement actuel, mais se réveille vers 3-4 heures du matin. L'assuré déclare avoir des hallucinations difficiles à préciser. A ce titre, en fin d'entretien, il déclare voir une femme qui lui parle parfois. L'appétit semble

Tribunal cantonal TC Page 12 de 18 stable, mais il a pris du poids, ce que l'assuré attribue à ses médicaments (102 kg pour 1.67 m. BMI : 36.57 kg/mz). Il n'y a pas de suicidalité. Au contraire, ses enfants l'aident notamment quant à sa santé. Du point de vue anxieux, [l'expertisé] se dit souvent tendu et anxieux de manière prédominante le matin en raison de ses "hallucinations visuelles", mais parfois aussi sans raison. Pour ce motif il sort pour éviter les bagarres ou de nouveau geste violent envers son épouse, car la dernière plainte pénale semble avoir donné lieu à un ultimatum. [...] Il n'y a pas de troubles formels ou logiques de la pensée, pas de méfiance clairement constituée. Nous ne mettons pas en évidence de délire. Les hallucinations sont très atypiques. Au questionnement ouvert [l'expertisé] peine à les définir. Surtout, [il] a pleinement conscience de la portée de ses actes, y compris la violence à l'égard de son épouse. Il est capable d'identification avec l'expert, les enfants, suggérant que l'on ne se situe pas dans une perte de contact avec la réalité et que l'on ne peut pas parler de retrait autistique comme dans certains processus psychotiques graves. D'autre part, ses symptômes habituels ne sont jamais constitutifs d'une

néo-réalité ou d'une néo-mondanité fantasmagorique stable, voire paranoïde. Ceux-ci sont thématiques, sans pour autant comporter de bouleversements de la totalité des rappels du sujet, de type des grands thèmes de référence anonyme, plus caractéristiques des délires aigus marquant la voie d'entrée de la schizophrénie. Dans les faits, force est de constater que [l'expertisé] évolue dans un niveau de conscience peu altéré et semble – au vu de nos constatations – adapter probablement son discours et son comportement en fonction de l'interlocuteur qu'il a en face de lui. Il n'y a pas de dissociation, pas de troubles du cours de la pensée en particulier. Nous estimons qu'il n'y a pas d'appauvrissement affectif chez un sujet très déférent, qui ne manque pas de complimenter l'expert et qui exprime toute son affection pour ses enfants avec lesquels il ne veut pas perdre la relation. [...] En conséquence, de notre point de vue, nous nous trouvons dans le cas d'une sursimulation, autrement dit une exagération des symptômes pour les besoins de la cause. Les bénéfices secondaires nous paraissent peut-être relever des craintes de perdre ses revenus, chez un sujet qui est désinséré professionnellement depuis longtemps, qui n'imagine pas pouvoir reprendre un emploi et qui n'est ni demandeur d'une reconversion ou autre. La maladie a pris chez lui une "valeur identitaire" dont il retire de nombreux bénéfices secondaires. Cela va donc se révéler être un obstacle non négligeable à toute reprise d'activité. Nous ne retenons pas le diagnostic ni de schizophrénie, ni de trouble délirant ou phénomène psychotique légal. Il s'agit d'un sujet qui a probablement présenté un trouble de l'adaptation dans le contexte de l'interruption de sa rente invalidité qui le place dans une situation très difficile. La maladie sert probablement à justifier et à avoir valeur excusatoire pour le comportement violent que [l'expertisé] a à l'égard de son épouse. Nous estimons qu'il existe ici probablement une sursimulation des symptômes, chez un sujet dont le comportement et le discours paraissent variables suivant l'interlocuteur. Non dénué d'intelligence, l'assuré a probablement compris les nombreux bénéfices secondaires qu'il peut tirer du statut de "malade", qui ne peut dès lors être quitté puisque tout progrès aura inévitablement des conséquences désagréables, surtout financières. Il existe quelques symptômes dépressifs, d'ailleurs variables et parfois atypiques. Nous concluons donc à un trouble dépressif récurrent, de gravité légère, avec amplification des symptômes (surimulation), chez une personnalité immature, histrionique et probablement aussi état limite, marquée par l'impulsivité, l'intolérance aux frustrations". L'expert se prononce également sur les divergences avec l'appréciation des médecins de K. _____: "Les divergences sont donc massives avec K. _____, chez un sujet suggestible, souvent incohérent dans le recueil anamnestique. Certaines écoles font systématiquement le postulat de sincérité de leurs patients. Si ce postulat tient bien évidemment une place fondamentale dans la relation médecin-malade lorsque l'on est dans un champ d'un "mandat de traitement", dans le "mandat d'expertise", la mission du praticien est tout autre. L'expert doit alors évaluer les plaintes

Tribunal cantonal TC Page 13 de 18 de façon critique et la possibilité d'un trouble factice, au sens médical du terme, d'une majoration des symptômes, voire d'une simulation fait aussi partie de la démarche scientifique du diagnostic différentiel. Dans la réalité, il faut bien constater la fréquente confusion entre le rôle d'expert et celui de thérapeute, ce qui donne parfois lieu à certains malentendus ou à des positions radicalement conflictuelles". Dans un rapport du 2 octobre 2020 (dossier OAI, p. 780), la Dre S. _____ indique qu'elle ne retient pas le diagnostic de schizophrénie paranoïde retenu par sa consœur la Dre P. _____ car elle ne retrouve pas certains symptômes selon les critères de la CIM-10 et du DSM-IV. Elle reconnaît que les hallucinations dont souffre son patient ne sont que

rarement au premier plan et qu'elles correspondent à des "incursions psychotiques" observables seulement lors des décompensations de son trouble de la personnalité ou lors de pénétrations sévères d'allure affective. Elle maintient le diagnostic de trouble dépressif récurrent, dont les épisodes oscillent généralement entre légers à moyens, pouvant cependant atteindre un niveau sévère en fonction des événements externes de la réalité vécue par le patient. La structure psychotique franche et le trouble de la personnalité émotionnellement labile, type impulsif, se rajoutent à la liste des diagnostics. Ceux-ci présentent un caractère clairement incapacitant, à partir du niveau moyen ce qui n'était probablement pas objectivable par le Dr C. _____ lors de l'évaluation du 11 avril 2018, l'épisode dépressif étant compensé grâce au traitement psychotrope et au soutien psychothérapeutique. Elle estime qu'une activité professionnelle adaptée aux limitations du recourant pourrait avoir des répercussions favorables sur l'évolution de son état de santé psychique. Néanmoins, il est illusoire selon elle d'espérer une rémission permettant au patient, à terme, de recouvrir une capacité de travail dépassant un taux de 50%. Il est également pour le moment bien trop optimiste d'imaginer une reprise immédiate à 100 %, comme le préconise le Dr C. _____. Dans un rapport du 23 mars 2021 (dossier OAI, p. 783), elle confirme son avis, mais observe une évolution lentement favorable de l'état psychique du recourant. Elle relève que, d'un point de vue purement psychiatrique, la reprise d'une activité adaptée à un taux d'activité initial entre 10 à 20 % serait envisageable et qu'en fonction de l'évolution, ce taux de travail initial pourrait être augmenté très progressivement, mais allant au maximum jusqu'à 50 %.

E. 6.2.4

La Cour de céans constate tout d'abord que le rapport d'expertise du 1er novembre 2018 du Dr C. _____ remplit les critères jurisprudentiels pour lui reconnaître une pleine valeur probante. Il a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, se fonde sur des examens complets et prend également en considération les plaintes exprimées par l'expertisé. L'appréciation du contexte médical est claire, les points litigieux font l'objet d'une étude circonstanciée et les conclusions sont motivées. On peut également souligner que l'expert connaît bien le dossier, puisqu'il avait réalisé la première expertise de 2007, dans laquelle il reconnaissait au recourant une incapacité de travail totale dans toute activité. Par la suite, il a réalisé les deux expertises suivantes en 2016 et 2018. Dans le rapport d'expertise du 1er septembre 2016, il constate une amélioration de l'état de santé et retient une capacité de travail totale depuis le 1er janvier 2016. Ce constat est confirmé dans le rapport d'expertise du 1er novembre 2018, dont l'entretien avec l'assuré a été effectué en présence d'un interprète, comme cela avait également été le cas lors de la toute première expertise, ce qui ne semble en revanche pas être le cas lors des entretiens avec les psychiatres traitants. Par rapport à la situation qui prévalait lors de la première expertise psychiatrique, l'expert ne constate plus les mêmes symptômes. A l'époque, le tableau clinique était dominé par une symptomatologie dépressivo-somatique caractérisée par une humeur triste, une projection négative de l'avenir, un sentiment de dévalorisation et de culpabilité ainsi que des idées de mort récurrentes avec parfois

Tribunal cantonal TC Page 14 de 18 des projets suicidaires scénarisés. Le sommeil était gravement perturbé en raison d'une hyperactivité cérébrale tant dans sa phase d'endormissement que de maintien, de sorte que le recourant ressentait une importante fatigabilité rémanente durant la journée, qu'il n'avait envie de rien faire ni de voir personne. Au moment des nouvelles expertises, les plaintes du recourant sont essentiellement une

impulsivité, une agressivité envers son épouse, et l'apparition d'hallucinations visuelles et acoustico-verbales. Le sommeil semble toujours perturbé, mais beaucoup moins qu'auparavant. En outre, l'expert constate que le recourant sort, voit des amis tous les deux ou trois jours, qu'il a de bons contacts avec ses enfants, qu'il se rend avec eux au magasin ou au parc. Enfin, il n'y a plus de suicidalité, ce qui est également constaté par les psychiatres traitants (notamment rapport du 18 janvier 2018). On doit donc constater qu'il y a une amélioration de l'état de santé psychique qui est démontrée. D'ailleurs, les psychiatres traitants reconnaissent que les troubles psychotiques ou l'épisode dépressif peuvent être compensés, certes seulement à certaines périodes selon eux, grâce au traitement psychotrope et au soutien psychothérapeutique (cf. rapports du 7 octobre 2016 de la Dre P. _____ et du 2 octobre 2020 de la Dre S. _____). Enfin, cette amélioration est également confirmée par la Dre S. _____ puisque, dans ses derniers rapports, elle reconnaît que le recourant pourrait travailler à 50 % dans une activité adaptée, alors que précédemment elle attestait une incapacité de travail totale. A noter également qu'elle ne retient plus le diagnostic de schizophrénie paranoïde, rejoignant ainsi l'avis de l'expert, et qu'elle reconnaît que les hallucinations ne sont que rarement au premier plan. On doit donc constater que l'expert et la dernière psychiatre traitante s'accordent sur le fait qu'il y a une amélioration de l'état de santé avec une incidence sur la capacité de travail. Toutefois, leurs avis divergent sur la mesure de cette amélioration. Pour trancher cette question, il faut relever que l'expert retient une sursimulation ou exagération des symptômes chez un sujet dont le comportement et le discours paraissent variables suivant l'interlocuteur. Il mentionne également des incohérences dans le discours du recourant au fil de l'entretien et souligne que ce dernier est contradictoire, flou et suggestible, ajoutant que le questionnement direct est souvent inductible, ce qui peut expliquer la discordance d'appréciation entre les médecins traitants et l'expert. L'expert donne également une explication convaincante de la différence entre le mandat de traitement, dans lequel le postulat de sincérité du patient a une place fondamentale, et le mandat d'expertise, dans lequel l'expert doit évaluer les plaintes de façon critique et prendre en compte une possible majoration des symptômes. S'agissant plus particulièrement des hallucinations, il faut relever que, comme pour les douleurs somatiques, il s'agit d'éléments purement subjectifs difficilement objectivables. En outre, l'expert souligne clairement qu'elles sont atypiques, inhabituelles dans leur présentation sans véritable vécu persécutoire, ne sont jamais constitutives d'une néo-réalité stable ou d'une néo-mondanité fantasmatique stable, de sorte qu'elles ne peuvent justifier un diagnostic de schizophrénie paranoïde. Par rapport à ce diagnostic, la Dre S. _____ revient d'ailleurs sur sa propre appréciation. Dans le rapport du 25 avril 2018 qu'elle signe avec le Dr T. _____, elle pose clairement ce diagnostic, puis, dans son rapport du 2 octobre 2020, elle indique qu'elle ne partage pas l'avis de sa consœur P. _____ qui retient ce diagnostic. Cet élément est de nature à relativiser quelque peu la valeur probante de l'avis de la psychiatre traitante. Enfin, il faut également relever qu'à la lecture du dossier, on constate que l'état de santé psychique du recourant s'est subjectivement détérioré avec l'exacerbation des hallucinations à fin septembre 2016 (rapports du 7 octobre 2016 de la Dre P. _____ et du 25 avril 2018 de la Dre S. _____ et du Dr T. _____), ce qui correspond au moment où il a reçu le premier projet de suppression

Tribunal cantonal TC Page 15 de 18 de rente du 8 septembre 2016. De plus, l'expert énumère les bénéfices secondaires que le recourant tire de la maladie sous la forme de craintes de perdre ses revenus, chez un sujet qui est désinséré professionnellement depuis

longtemps, qui n'imagine pas pouvoir reprendre un emploi et qui n'est pas demandeur d'une reconversion ou autre. Il précise que la maladie a pris chez lui une "valeur identitaire" et sert probablement à justifier et à avoir valeur excusatoire pour le comportement violent que le recourant a à l'égard de son épouse. A cet égard, l'expert précise que, de son point de vue, la violence est surtout due aux conflits et non à la maladie mentale. Compte tenu de l'ensemble de ces éléments, l'avis contraire des psychiatres traitants n'arrive pas à mettre en doute les conclusions de l'expert, en particulier au vu des explications données par ce dernier concernant la différence entre le mandat de traitement et le mandat d'expertise ainsi que de la situation spécifique du recourant qui est marquée par une sursimulation et des bénéfices secondaires importants. Le recourant reproche en outre à l'autorité intimée d'avoir statué sur la base d'une expertise psychiatrique qui date de presque trois ans et requiert la mise en œuvre d'une nouvelle expertise afin d'évaluer son état de santé actuel. A cet égard, il faut relever que, depuis la date de l'entretien avec l'expert et jusqu'au moment de la décision litigieuse, l'état de santé psychique du recourant ne s'est en tout cas pas détérioré et qu'il s'est même plutôt amélioré, puisque, dans ses deux derniers rapports du 2 octobre 2020 et du 23 mars 2021, la Dre S._____ retient désormais une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée, alors qu'auparavant elle considérait que le recourant ne pouvait absolument pas travailler. Dans le rapport du 2 octobre 2020, elle reconnaît même qu'une activité professionnelle adaptée aux limitations de son patient pourrait avoir des répercussions favorables sur l'évolution de l'état de santé psychique de ce dernier. De plus, on peut également souligner que l'expert-psychiatre posait déjà les mêmes conclusions dans son expertise de 2016, ce qui permet de retenir une situation inchangée déjà depuis cette date et d'en déduire une certaine stabilisation de l'état de santé psychique depuis plusieurs années. Enfin, il faut souligner que l'autorité intimée avait rendu un projet de décision en date du 25 mai 2020 et que, suite à ses objections du 25 juin 2020, le recourant a déposé des objections complémentaires en date du 12 et du 16 avril 2021, participant ainsi également au prolongement de la procédure. Le grief du recourant n'est donc pas fondé et la mise en œuvre d'une nouvelle expertise psychiatrique n'est pas nécessaire.

E. 6.3

Au vu de ce qui précède, la Cour de céans constate que l'autorité intimée était en droit de retenir que l'état de santé du recourant s'est notablement amélioré et que, dès le mois de novembre 2019, mais même déjà depuis le mois de janvier 2016 en réalité, le recourant est à nouveau capable de travailler à 100 % dans une activité adaptée. Procédant à la comparaison des revenus, qui n'est pas remise en cause, elle obtient un taux d'invalidité de 4 %, qui ne permet pas de prétendre à une rente d'invalidité et peut dès lors justifier la suppression de la rente entière que le recourant percevait jusque-là. 7. 7.1. Cela étant, dans certains cas très particuliers, lorsque la rente a été allouée de façon prolongée, la jurisprudence a considéré qu'il n'était pas opportun de supprimer la rente, malgré l'existence d'une capacité de travail médicalement documentée, avant que les possibilités théoriques de travail n'aient été confirmées avec l'aide de mesures médicales de réhabilitation et/ou de mesure d'ordre professionnel. Il convient dans chaque cas de vérifier que la personne assurée est concrètement en mesure de mettre à profit sa capacité de gain sur le marché équilibré du travail

Tribunal cantonal TC Page 16 de 18 (art. 7 al. 1 LPGA en corrélation avec l'art. 16 LPGA). Il peut en effet arriver que les exigences du marché du travail ne permettent pas l'exploitation immédiate d'une capacité de travail médicalement documentée; c'est le cas

lorsqu'il ressort clairement du dossier que la personne assurée n'est pas en mesure - pour des motifs objectifs et/ou subjectifs liés principalement à la longue absence du marché du travail - de mettre à profit par ses propres moyens les possibilités théoriques qui lui ont été reconnues et nécessite de ce fait l'octroi d'une aide préalable. Avant de réduire ou de supprimer une rente d'invalidité, l'administration doit donc examiner si la capacité de travail résiduelle médico-théorique mise en évidence sur le plan médical permet d'inférer une amélioration de la capacité de gain et, partant, une diminution du degré d'invalidité ou s'il est nécessaire au préalable de mettre en œuvre une mesure d'observation professionnelle (afin d'examiner l'aptitude au travail, la résistance à l'effort, etc.) et/ou des mesures légales de réadaptation. Dans la plupart des cas, cet examen n'entraînera aucune conséquence particulière, puisque les efforts que l'on peut raisonnablement exiger de la personne assurée - qui priment sur les mesures de réadaptation - suffiront à mettre à profit la capacité de gain sur le marché équilibré du travail dans une mesure suffisante à réduire ou à supprimer la rente. Il n'y a ainsi pas lieu d'allouer de mesures de réadaptation à une personne assurée qui disposait déjà d'une importante capacité résiduelle de travail, dès lors qu'elle peut mettre à profit la capacité de travail nouvellement acquise dans l'activité qu'elle exerce actuellement ou qu'elle pourrait normalement exercer (arrêt TF 9C_152/2013 du 3 septembre 2013 consid. 3 et les références citées). Le Tribunal fédéral a précisé qu'il existait deux situations dans lesquelles il y avait lieu d'admettre, à titre exceptionnel, que des mesures d'ordre professionnel préalables devaient être considérées en principe comme nécessaires, malgré l'existence d'une capacité de travail médicalement documentée. Il s'agit des cas dans lesquels la réduction ou la suppression, par révision ou reconsidération, du droit à la rente concerne un assuré qui est âgé de 55 ans révolus ou qui a bénéficié d'une rente depuis plus de quinze ans. Cela ne signifie cependant pas que ces assurés peuvent faire valoir des droits acquis dans le contexte de la révision (art. 17 al. 1 LPG), respectivement de la reconsidération (art. 53 al. 2 LPG); on admet seulement qu'une réadaptation par soi-même ne peut, sauf exception, être exigée d'eux en raison de leur âge ou de la longue durée de la rente (arrêts TF 9C_228/2010 du 26 avril 2011 consid. 3.1; 9C_152/2013 du 3 septembre 2013 consid. 3). Le droit à des mesures d'ordre professionnel présuppose en outre une aptitude subjective et objective de la personne assurée (arrêt TF 9C_355/2014 du 2 décembre 2014). Même en présence d'un cas exceptionnel 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), lorsque l'assuré apparaît encore agile, alerte et intégré dans la vie économique (arrêt TF 9C_68/2011 du 16 mai 2011 consid. 3.3) ou lorsqu'il dispose d'une formation ou d'une expérience professionnelle particulièrement large (arrêt TF 8C_39/2012 du 24 avril 2012 consid. 5.2). 7.2. Dans le cas d'espèce, le recourant bénéficiait d'une rente entière depuis le 1er juillet 2006 et, au moment de la décision querellée du 23 septembre 2021, il percevait cette dernière depuis 15 ans et 3 mois. Dans ces conditions, il appartient à la catégorie d'assurés dont il convient de présumer qu'ils ne peuvent en principe pas entreprendre de leur propre chef tout ce que l'on peut raisonnablement attendre d'eux pour tirer profit de leur capacité résiduelle de travail. Or, au vu de l'ensemble du dossier, l'autorité intimée n'a pas du tout examiné la situation du recourant sous cet angle et la question de l'octroi éventuel de mesures d'accompagnement à la

Tribunal cantonal TC Page 17 de 18 réintégration professionnelle. En outre, en l'état, il n'apparaît à première vue pas vraisemblable que le recourant puisse, compte tenu de son

éloignement prolongé du marché du travail, reprendre du jour au lendemain une activité lucrative sans que ne soit mises préalablement en œuvre des mesures destinées à l'aider à se réinsérer dans le monde du travail. Par conséquent, il convient de renvoyer la cause à l'autorité intimée afin qu'elle examine concrètement les besoins objectifs de l'assuré à ce propos. 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 qu'elle pourra définitivement statuer sur la révision de la rente d'invalidité et, le cas échéant, supprimer le droit à la rente. 8. 8.1. Compte tenu de l'ensemble des considérants qui précède, le recours (608 2021 186) doit être admis et la décision querellée annulée. La cause est renvoyée à l'autorité intimée afin qu'elle examine concrètement le droit du recourant à des mesures de réadaptation professionnelle et rende une nouvelle décision. Le recours est rejeté pour le surplus. 8.2. La procédure n'étant pas gratuite (cf. art. 69 al. 1bis LAI), les frais de procédure, par CHF 800.-, sont mis à la charge de l'autorité intimée qui succombe. 8.3. Le renvoi pour instruction complémentaire valant gain de cause total (cf. ATF 137 V 57 consid. 2; 133 V 450 consid. 13), le recourant a droit à des dépens. Compte tenu de la liste de frais déposée le 17 janvier 2022 par son mandataire, l'indemnité de partie à laquelle il peut prétendre pour ses frais de défense est fixée à CHF 3'866.65, soit, comme demandé, 15 heures et 28 minutes indemnisées au tarif horaire de CHF 250.-, plus CHF 86.50 de débours, CHF 304.40 au titre de la TVA à 7,7 % et CHF 18.- de débours non soumis à la TVA (demande de l'extrait du registre des poursuites), soit à un total de CHF 4'275.55, et de la mettre intégralement à la charge de l'autorité intimée. 8.4. La requête d'assistance judiciaire totale (608 2021 188), devenue sans objet, est rayée du rôle. 8.5. La cause étant jugée au fond, la demande de restitution de l'effet suspensif (608 2021 187) est également devenue sans objet et est par conséquent aussi rayée du rôle. (dispositif en page suivante)

Tribunal cantonal TC Page 18 de 18 la Cour arrête : I. Le recours (608 2021 186) est admis. Partant, la décision attaquée est annulée et la cause renvoyée à l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision. II. La demande de restitution de l'effet suspensif (608 2021 187), devenue sans objet, est rayée du rôle. III. La requête d'assistance judiciaire totale (608 2021 188), devenue sans objet, est rayée du rôle. IV. Les frais de procédure, par CHF 800.-, sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg. V. L'indemnité de partie allouée à A. _____ pour ses frais de défense est fixée à CHF 3'866.65 d'honoraires, plus CHF 86.50 de débours, CHF 304.40 au titre de la TVA à 7,7 % et CHF 18.- de débours non soumis à la TVA, soit à un total de CHF 4'275.55, et est mise intégralement à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg. VI. 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 4 février 2022/meg Le Président : La Greffière-rapporteuse :

mars, du 8 avril et du 25 mai 2021 (dossier OAI, p. 745, 778, 788 et 791), il constate un état clinique plus ou moins inchangé malgré les différents examens (ENMG, scintigraphie osseuse, myélographie fonctionnelle + CT) et les mesures prises (traitement en antalgie, infiltrations facettaires et sacro-iliaque). Dans son dernier rapport du 25 mai 2021, il retient que les problèmes de dos ne sont pas une justification pour une rente AI, mais un lien entre les douleurs et l'humeur dépressive existante et que l'un peut augmenter l'autre. Dans un rapport du 6 juillet 2021 (produit à l'appui du recours), le Dr J. _____, spécialiste en neurochirurgie, constate que l'IRM du 11 mai 2021 n'a pas montré de conflit radiculaire sur la racine L5 ou S1 à gauche, mais une discopathie protrusive L4/5. Il propose donc de faire une stabilisation postérieure hybride entre L4 et S1, permettant une mobilité résiduelle au niveau L4/5 grâce au système Dynesys et en bloquant complètement la mobilité facettaire au segment L5/S1. Selon un courrier non daté du secrétariat de ce spécialiste (également produit à l'appui du recours), l'intervention chirurgicale précitée est fixée le 16 novembre 2021. A l'appui de ses observations complémentaires du 17 janvier 2022, le recourant produit le rapport opératoire du Dr J. _____ ainsi que le rapport du 11 janvier 2022 de ce médecin. Dans ce dernier document, ce spécialiste constate que la spondylodèse est intacte et qu'il n'y a pas de lâchement de vis. Il relève que le patient se présente avec une forte douleur dans l'articulation sacro-iliaque à droite, mais estime qu'il s'agit d'une irritation transitoire pour laquelle il prescrit un traitement médicamenteux et une infiltration. Il souligne en outre que les sciatalgies dans la jambe gauche ont plus ou moins disparu.

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