



**POUVOIR JUDICIAIRE  
GERICHTSBEHÖRDEN**

ETAT DE FRIBOURG  
STAAT FREIBURG

**Tribunal cantonal TC  
Kantonsgericht KG**

Rue des Augustins 3, case postale 1654, 1701 Fribourg

T +41 26 304 15 00  
tribunalcantonal@fr.ch  
www.fr.ch/tc

605 2017 278  
605 2017 279

## **Arrêt du 20 décembre 2018**

### **1<sup>e</sup> Cour des assurances sociales**

#### **Composition**

Président :	Marc Boivin
Juges :	Marianne Jungo, Marc Sugnaux
Greffière-stagiaire:	Melina Gadi

#### **Parties**

**A.**\_\_\_\_\_, **recourant**, représenté par Me Séverine Monferini Nuoffer, avocate

contre

**OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE  
FRIBOURG, autorité intimée**

#### **Objet**

Assurance-invalidité

Recours (605 2017 278) du 28 novembre 2017 contre la décision du 26 octobre 2017, requête (605 2017 279) d'assistance judiciaire totale déposée le même jour

## considérant en fait

A. A. \_\_\_\_\_ né en 1958, ouvrier maçon domicilié à B. \_\_\_\_\_, marié, père de deux enfants, a été mis au bénéfice d'une rente entière d'invalidité par décision de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg (OAI) du 1<sup>er</sup> février 2000, avec effet rétroactif au 1<sup>er</sup> juin 1998, ceci en raison de lombalgies, cervico-brachialgies bilatérales et gonalgies.

B. A l'issue d'une procédure de révision et suite à la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire, ses prestations ont été réduites au quart de rente, par nouvelle décision du 2 novembre 2005, confirmée sur opposition le 21 mars 2006.

Saisie à l'époque d'un recours (cf. 5S 06 94), la Cour de céans l'a rejeté par arrêt du 18 janvier 2007, confirmant le droit à un quart de rente, fondé au demeurant sur un degré d'invalidité de 46,34%.

C. L'OAI a par la suite refusé d'entrer en matière sur une nouvelle demande déposée le 30 août 2007.

Dit refus a été confirmé par la Cour de céans le 6 août 2010 (cf. 605 2008 106).

D. Une nouvelle procédure en révision a, cela étant, été introduite en septembre 2011.

L'assuré faisait valoir à cette occasion que son état s'était dégradé, réclamant ainsi l'octroi d'une rente entière.

Un nouveau mandat d'expertise a alors été confié à la Clinique Corela, dont les experts ont par la suite été invités à compléter leur rapport, nonobstant l'objection déposée par l'assuré (cf. rejet de son recours incident par la Cour de céans, 605 2015 41).

Se fondant cependant sur les conclusions de deux nouveaux experts, la clinique précitée ayant fini par décliner le mandat, l'OAI a décidé le 26 octobre 2017 de supprimer le quart de rente, ceci, au demeurant, après l'échec d'une mesure de réadaptation réalisée sous la forme d'un stage en entreprise, stage interrompu après environ un mois.

Le droit à une indemnité journalière durant la réalisation de cette dernière mesure lui avait par ailleurs été nié par l'OAI, décision qui fut également confirmée par la Cour de céans (cf. 605 2017 211).

E. Représenté par Me Séverine Monferini Nuoffer, l'assuré a à nouveau saisi la Cour de céans, le 28 novembre 2017, contestant la suppression de son quart de rente et demandant, tout au contraire, à pouvoir bénéficier d'une rente entière.

Il a tout d'abord sollicité et obtenu la restitution de l'effet suspensif à son recours, son quart de rente étant maintenu pendant toute la durée de la procédure en cours (605 2017 280).

A côté de cela, il laisse entendre, à l'appui de sa conclusion principale tendant à l'octroi d'une rente entière, que son état de santé s'est aujourd'hui dégradé au point que sa capacité serait encore plus entravée qu'elle ne l'était auparavant. Il critique notamment, dans le détail, les conclusions des deux derniers experts mandatés, pour s'en écarter et se référer, bien plutôt, aux

différents rapports médicaux qui lui font dire qu'on ne peut aujourd'hui plus exiger de lui qu'il travaille.

Il a également sollicité l'assistance judiciaire (605 2017 279).

Après réception de la première décision concernant l'effet suspensif, laissant à tout le moins entendre que le droit au quart de rente du recourant ne pouvait être supprimé, l'OAI a indiqué qu'il n'avait pas de remarques à formuler sur le fond du recours.

Pour sa part, le recourant a encore produit de nouveaux avis médicaux (sous la forme d'une contre-expertise bi-disciplinaire, respectivement psychiatrique et rhumatologique et orthopédique), l'OAI faisant remarquer pour l'essentiel que celle-ci était postérieure à la décision querellée et s'en remettant désormais à justice, sur ce dernier point tout particulièrement.

Il sera fait état du détail des arguments des parties dans les considérants de droit du présent arrêt pour autant que cela soit utile à la solution du litige, considérants dans le cadre desquels seront par ailleurs examinés leurs moyens de preuve.

## **en droit**

1.

Interjeté en temps utile et dans les formes légales auprès de l'autorité judiciaire compétente, par un assuré directement touché par la décision attaquée et au demeurant dûment représenté, le recours est recevable.

2.

Aux termes de l'art. 8 de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1), applicable par le renvoi de l'art. 1 al. 1 de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance invalidité (LAI; RS 831.20), est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée.

Cette incapacité de gain résulte, selon l'art. 7 LPGA, d'une atteinte à la santé physique ou mentale.

3.

En vertu de 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. La question de savoir si on est en présence d'une modification des circonstances propres à influencer sur le taux d'invalidité et à justifier le droit à des prestations se tranche en comparant l'état de fait ayant fondé la première décision à celui existant au moment de la nouvelle décision litigieuse (ATF 133 V 108 consid. 5; 130 V 343 consid. 3.5).

3.1. Tout changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. La rente peut 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 ont subi un changement important (ATF 130 V 343 consid. 3.5; 126 V 75 consid. 1b).

3.2. Lorsque les conditions de la révision de la rente ne sont pas ouvertes, il reste encore, cas échéant, à examiner celles de la reconsidération de la décision d'octroi de la rente (ATF 119 V 475 consid. 1b/cc), reconsidération notamment prévue par l'art. 52 al. 3 LPGA.

Cette disposition prévoit que l'assureur peut revenir sur les décisions ou les décisions sur opposition formellement passées en force lorsqu'elles sont manifestement erronées et que leur rectification revêt une importance notable. Par ce biais, on corrigera une application initiale erronée du droit, de même qu'une constatation erronée résultant de l'appréciation des faits (ATF 115 V 314 consid. 4a/cc).

Selon la jurisprudence, pour juger s'il est admissible de reconsidérer pour le motif qu'une décision est sans doute erronée, il faut se fonder sur la situation juridique existant au moment où cette décision est rendue, compte tenu de la pratique en vigueur à l'époque (ATF 125 V 383 consid. 3 et les références citées). Par le biais de la reconsidération, on corrigera une application initiale erronée du droit, de même qu'une constatation erronée résultant de l'appréciation des faits. Un changement de pratique ou de jurisprudence ne saurait en principe justifier une reconsidération (ATF 117 V 8 consid. 2c, 115 V 308 consid. 4a/cc). Pour des motifs de sécurité juridique, l'irrégularité doit être manifeste, de manière à éviter que la reconsidération devienne un instrument autorisant sans autre limitation un nouvel examen des conditions à la base des prestations de longue durée. En particulier, les organes d'application ne sauraient procéder en tout temps à une nouvelle appréciation de la situation après un examen plus approfondi des faits. Ainsi, une inexactitude manifeste ne saurait être admise lorsque l'octroi de la prestation dépend de conditions matérielles dont l'examen suppose un pouvoir d'appréciation, quant à certains de leurs aspects ou de leurs éléments, et que la décision initiale paraît admissible compte tenu de la situation antérieure de fait et de droit. S'il subsiste des doutes raisonnables sur le caractère erroné de la décision initiale, les conditions de la reconsidération ne sont pas remplies (arrêts TF 9C\_7/2014 du 27 mars 2014 consid. 3.1; 9C\_575/2007 du 18 octobre 2007 consid. 2.2; I 907/06 du 7 mai 2007 consid. 3.2.1). Une décision d'octroi de rente qui ne repose pas sur une instruction suffisante, à savoir sur une estimation médicale probante de la capacité de travail, n'est pas conforme au droit et, partant, est manifestement erronée au sens de la reconsidération (cf. arrêts TF 8C\_918/2013 du 19 mars 2014 consid. 3.3.2; 9C\_307/2011 du 23 novembre 2011 consid. 3.2).

3.3. A côté de cela, les dispositions finales de la LAI, édictées dans le cadre de la 6<sup>e</sup> révision de l'AI, énoncent que les rentes octroyées en raison d'un syndrome sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique seront réexaminées dans un délai de trois ans à compter de l'entrée en vigueur de la présente modification. Si les conditions visées à l'art. 7 LPGA 56 ne sont pas remplies, la rente sera réduite ou supprimée, même si les conditions de l'art. 17, al. 1, LPGA ne sont pas remplies.

4.

Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre (ATF 125 V 351 consid. 3a; arrêt TF 9C\_745/2010 du 30 mars 2011 consid. 3.1 et les références citées).

4.1. En ce qui concerne 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 médicales soient dûment motivées.

4.2. Au demeurant, 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 (arrêt TF 9C\_745/2010 du 30 mars 2011; ATF 125 V 351). La durée d'un examen n'est pas un critère permettant en soi de juger de la valeur d'un rapport médical (arrêts TF 9C\_382/2008 du 22 juillet 2008; 9C\_514/2011 du 26 avril 2012). La question de savoir si l'expertise est complète et convaincante dans son résultat est en première ligne déterminante (arrêt TF 9C\_55/2009 du 1<sup>er</sup> avril 2009 consid. 3.3 et les références citées).

5.

Est litigieuse la révision-suppression du quart de rente.

Le recourant considère que celui-ci doit être augmenté jusqu'à la rente entière.

L'OAI estime au contraire qu'il s'agit de le supprimer.

Qu'en est-il ?

Il s'agit en l'espèce de revenir sur le parcours du recourant, au nom duquel l'OAI a constitué un volumineux dossier de plus de 1200 pages.

6.

L'assuré, ouvrier maçon, a déposé une première demande de prestations AI le 24 novembre 1997, indiquant être atteint d'une hernie discale et souffrir du genou (dossier OAI, p. 7).

Un examen CT lombaire relevait notamment ceci : « *En L5-S1, il existe une hernie discale paramédiane gauche débordant dans la partie inférieure du canal radulaire, à l'origine probable d'un syndrome S1 gauche et possiblement, en siège foraminal, L5 également* » (dossier OAI, p. 127).

Le médecin traitant, le Dr C. \_\_\_\_\_, généraliste, signalait à côté de cela une « *gonalgie gauche sur chondropathie rotulienne et arthrose patellaire, status après fracture de la jambe gauche en 1978 avec déformation du tibia gauche en varus* » (rapport du 24 janvier 2000, dossier OAI, p. 128).

Il mentionnait également plus tard tout un ensemble d'atteintes en sus des deux principalement invoquées à l'appui de la demande initiale : « *Je peux fournir les indications supplémentaires suivantes. Ce patient a été investigué pour un syndrome des apnées du sommeil confirmé par enregistrement d'oxymétrie nocturne. Ce syndrome est responsable de maux de tête matinaux, de fatigue pendant la journée et d'une tendance à l'endormissement diurne ainsi qu'au volant. Une hypertension artérielle est par ailleurs traitée par du Lopresor. Le patient vient de subir une septoplastie [ = procédure chirurgicale destinée à corriger une déviation de la cloison nasale ], et devra encore subir une UPP [ = uvulo-palato-pharyngoplastie, préconisée dans les apnées obstructives, qui vise à élargir l'oro-pharynx ] très vraisemblablement. Le résultat sur le syndrome des apnées du sommeil est aléatoire et ne comporte que 50 % d'amélioration. Un traitement de CPAP [ = une machine de respiration assistée ] est pour l'instant refusé. Par ailleurs le patient a subi le 08.09.1998 une ostéotomie correctrice pour cal vicieux du tibia diaphysaire gauche. Les suites ne sont pas satisfaisantes, avec persistance d'une lésion non cicatrisée sur la partie inférieure du tibia gauche. Les douleurs du genou n'ont pas du tout été améliorées par l'intervention. Enfin, une Symptomatologie de prostatisme fait l'objet d'investigations actuellement » (rapport du 11 mars 1999, dossier OAI, p. 80).*

Il concluait à une incapacité de travail totale, depuis le 1<sup>er</sup> octobre 1997 (rapport du 24 janvier 2000, dossier OAI, p. 129).

Une rente entière a ainsi tout d'abord été accordée, à dater du 1<sup>er</sup> juin 1998 (cf. communication OAI du 8 septembre 1999, dossier OAI, p. 113 et décision du 1<sup>er</sup> février 2000, dossier OAI, p. 130).

Elle se fondait sur un taux d'invalidité de 100%.

7.

Dans le cadre d'une première révision de son droit à la rente, le recourant a été soumis à une expertise bi-disciplinaire, rhumatologique et psychiatrique.

Celle-ci a été réalisée en 2004 par la Policlinique médicale universitaire (PMU).

Devant elle, le recourant se plaignait essentiellement d'une fatigue très ancienne, de douleurs lombaires, présentes depuis l'âge de 25 ans, de douleurs cervicales, de douleurs au genou gauche, présentes depuis son accident de voiture survenu en 1978, de troubles du sommeil, de douleurs abdominales ainsi, encore, que de paresthésies touchant les deux mains (rapport d'expertise PMU du 27 juillet 2004, p. 5-6, dossier OAI, p. 186-187).

7.1. Les examens paracliniques relevaient alors notamment « *une discrète scoliose sinistro-convexe. Les sacro-iliaques sont normales. Il y a une anomalie transitionnelle avec sacralisation partielle de L5. Les coxo-fémorales sont normales* » (cf. rapport d'expertise PMU, p. 14, dossier OAI, p. 195).

Commentant l'ancienne IRM lombaire de 1997, ils qualifiaient en outre le disque L5-S1 d'« *anormal* », rappelant qu'il y avait une « *anomalie transitionnelle à ce niveau* » (rapport et pages précitées).

Ils retenaient une limitation de l'ordre de 20% de la capacité de travail dans une activité adaptée qui tenait compte, non seulement, des problèmes lombaires, mais également, des atteintes cervicales (« *diagnostic avec influence essentielle sur la capacité de travail : lombosciatalgies et*

*cervico-brachialgies sans limitation fonctionnelle ») : « Ainsi, d'un point de vue rhumatologique, le patient est en mesure d'exercer une activité professionnelle adaptée de l'ordre de 80% » (rapport précité, p. 15, dossier OAI, p. 196).*

7.2. A côté de cela, les experts relevaient encore la présence, au niveau psychique, d'un trouble hypocondriaque influençant la capacité de travail : *« Les plaintes somatiques multiples, les ruminations, préoccupations persistantes concernant sa santé, avec une inquiétude presque irrationnelle, orientent vers un diagnostic de trouble hypocondriaque. L'expertisé est toujours difficilement rassuré, et interprète des signes à priori anodins, comme étant d'importante gravité »* (rapport précité, p. 16, dossier OAI, p. 197).

7.3. Ces deux types d'atteinte limitaient globalement la capacité de travail de 30% : *« A l'issue de notre bilan, tenant compte des diverses composantes de sa problématique actuelle, il nous semble clair que Monsieur n'est plus actuellement en mesure d'effectuer un travail lourd de type maçon. Dans une activité adaptée sur le plan physique, nous estimons toutefois qu'il persiste une capacité de travail raisonnablement exigible qui est actuellement de l'ordre de 70% »* (rapport précité, p. 16, dossier OAI, p. 197).

Cette limitation de la capacité de travail remontait au mois de juin 1997, les experts précisant encore, à cet égard : *« une amélioration significative de la santé paraît difficilement envisageable a priori »* (rapport précité, p. 17, dossier OAI, p. 198).

7.4. Figurant aussi parmi les plaintes, le syndrome d'apnée du sommeil, une stéatose hépatique et des problèmes de calculs rénaux n'avaient, à côté de cela, aucune influence sur la capacité de travail.

7.5. Les conclusions des experts ont été validées par le Service médical régional de l'OAI (SMR) : *« les troubles psychiques sont invalidants et justifient en grande partie l'incapacité de travail. A noter également des antécédents de problèmes rhumatologiques (status après ostéosynthèse d'une fracture du tibia gauche en 1978, status après ostéotomie correctrice du tibia gauche en 1998, notion d'une ancienne hernie discale L5-S1) contre-indiquant les travaux lourds sur le plan physique »* (cf. rapport du 11 juillet 2005, dossier OAI, p. 213).

Proposition dès lors était faite de *« faire une exigibilité de 60% dans une activité adaptée (voir limitations fonctionnelles) avec un horaire de 70% et un rendement de 90% »* (rapport précité).

En conséquence de quoi, l'OAI a décidé de réduire la rente entière au quart de rente, fondé sur un degré d'invalidité de 46,7% (décision du 2 novembre 2005 et sa motivation, dossier OAI, p. 228 et ss).

8.

Saisie à l'époque d'un recours déposé par l'assuré qui soutenait, rapports de son médecin traitant à l'appui, être en droit à continuer à toucher une rente entière, la Cour de céans l'a rejeté le 18 janvier 2007 (cf. 5S 06 94).

Elle prenait acte de la présence de lombalgies, de gonalgies et d'une hypocondrie partiellement invalidantes pour notamment relever ce qui suit :

*« Il sied encore d'examiner l'influence de ses lombalgies et gonalgies ainsi que de son hypocondrie sur sa capacité de travail, en 2000 puis en 2005. A la lecture des nombreux rapports*

*figurant au dossier, il apparaît, tant en 2000 qu'en 2005, que ces troubles ne lui permettent pas de reprendre sa profession de maçon. En revanche, dans une activité adaptée, sans port de charges lourdes, avec alternance des positions, les experts ont retenu, en 2004, qu'il pourrait travailler à un taux de 80 %. Même si les gonalgies gauches n'ont pas formellement été intégrées dans le diagnostic posé, il n'en demeure pas moins que les experts les ont évoquées au titre de l'anamnèse; elles figurent en outre au chapitre des plaintes de l'assuré, dans le descriptif de celles-ci, dans leur anamnèse systématique ainsi que dans la partie de l'expertise réservée à la consultation de rhumatologie. Les spécialistes en ont ainsi tenu compte dans l'appréciation de sa capacité résiduelle de travail, laquelle se base bel et bien sur l'ensemble des atteintes susmentionnées. Ce chiffre de 80 % doit être ramené à un taux de 70 % pour englober en outre la fatigue qu'il ressent et le trouble hypochondriaque qu'il présente. Quant au médecin AI, il prône une activité adaptée à un taux de 60 %, mais avec un horaire de 70 % et un rendement de 90 %, ce qui revient pour ainsi dire au même. Même son médecin traitant admet en 2004 que l'on pourrait envisager une activité adaptée, ce qu'il ne préconisait pas en l'an 2000, tout en proposant une expertise pluridisciplinaire. Ainsi, alors que, à cette date, sa capacité de travail était très réduite, il n'en va plus de même en 2005, son état de santé s'étant notablement amélioré. Il sied en effet d'admettre qu'il est désormais en mesure d'occuper une activité adaptée sans port de charges lourdes, avec alternance des positions, à un taux de 70 % et un rendement diminué de 10 %. Ces chiffres tiennent raisonnablement compte de l'ensemble des handicaps dont il est atteint. C'est dès lors à juste titre que l'OAI a estimé que, son état de santé s'étant amélioré, sa rente devait être révisée » (jugement, p. 8-9, dossier OAI p. 285-286).*

L'octroi d'un quart de rente décidé par l'Administration était ainsi confirmé par une autorité judiciaire.

9.

Après ce dernier jugement, le droit aux prestations a été réexaminé assez vite.

Une nouvelle demande de révision a en effet été déposée par le recourant à la fin du mois d'août 2007 déjà (dossier OAI, p. 297), alors qu'il se prévalait de l'avis de son médecin traitant qui l'estimait pleinement incapable de travailler (rapports du Dr C.\_\_\_\_\_ du 8 octobre et du 3 décembre 2007, dossier OAI, p. 339), vu la présence, désormais, d'un trouble somatoforme totalement invalidant.

L'OAI a toutefois refusé d'entrer en matière (cf. sa décision du 11 février 2008, dossier OAI, p. 347).

Il se fondait en cela sur l'opinion de son SMR, qui constatait que l'état de santé n'avait subi aucune modification.

Il écartait la présence du trouble somatoforme douloureux, se référant au contraire sur ce point à la présence du trouble hypochondriaque : *« Demeure le diagnostic du trouble somatoforme signalé par un non spécialiste (NB : le médecin traitant est généraliste). Je rappelle que ce diagnostic n'a pas été retenu lors de l'expertise pluridisciplinaire effectuée à la PMU de Lausanne en 2004, alors que les plaintes de l'assuré n'ont pratiquement pas changé depuis lors et qu'elles s'expliquent parfaitement par le trouble hypochondriaque pour la partie non organique. Ce diagnostic a été posé par des psychiatres plus à même de juger du trouble psychique présenté par l'assuré que son médecin traitant. D'autre part, selon l'ICD-10, le critère B du F45.4 permet d'exclure un*



*syndrome douloureux somatoforme persistant, puisqu'il existe un trouble hypochondriaque (NB : non contesté par le médecin traitant). C'est donc de manière erronée que ce dernier retient ce diagnostic » (dossier OAI, p. 343-344).*

Le SMR laissait cependant entendre que si la situation ne se péjorait pas, elle était en revanche en train de se figer: *« Force donc est de constater qu'il n'y a aucun élément nouveau significatif sur le plan médical, tant du point de vue somatique que psychique. Par contre, on assiste à une invalidation progressive de l'assuré dans le cadre des ses problèmes asséculo-logiques et de l'évolution naturelle de son hypochondrie » (dossier OAI, p. 344).*

A nouveau saisie d'un recours contre cette décision de refus d'entrer en matière, la Cour de céans l'a rejeté le 6 août 2010, constatant que l'état de santé du recourant ne s'était pas aggravé (605 2008 106).

10.

La procédure en révision qui fait l'objet du présent litige a été introduite en 2011 déjà.

10.1. Le médecin traitant concluait alors à une incapacité de travail totale, fondée sur un ratio de 75% d'incapacité de travail générés par les nombreuses atteintes physiques (parmi lesquelles des fistules anales plus récemment apparues), cette dernière incapacité augmentée encore de 25% en raison de l'hypocondrie se surajoutant au tableau: *« L'état de santé s'est aggravé et la répercussion sur la capacité de travail actuelle doit être réévaluée en particulier en ce qui concerne l'épaule D, la nuque et surtout les fistules anales qui nécessitent des soins réguliers et des lavages de la région anale, notamment après les selles. Je considère que ce patient anciennement maçon, compte tenu des problèmes cervico- lombaires, de l'épaule D et des genoux ne peut plus réaliser un travail physique. Par ailleurs, l'apnée du sommeil peut être considérée comme responsable d'une certaine fatigue malgré le traitement par CPAP. Un travail assis paraît inopportun en raison d'une part des problèmes lombaires et des problèmes du siège qui ne sont pas encore résolus. Il faut relever dans l'appréciation de l'incapacité de travail de ce patient que chaque pathologie prise isolément permettrait une reprise d'une activité au moins à temps partiel dans un secteur adapté. Compte tenu de l'ensemble des pathologies présentées par Monsieur, associées à la répercussion psychique de ses pathologies et des soucis qui en découlent, il est à craindre une grande augmentation de la symptomatologie douloureuse en cas d'une reprise de travail forcée. Sur le plan physique pur, l'incapacité de travail globale peut être estimée à 75 %. Compte tenu de l'hypochondrie et du retentissement psychologique de la polyopathie de ce patient, je pense que l'incapacité globale atteint le 100 % » (rapport du Dr C. \_\_\_\_\_ du 3 juin 2011, dossier OAI, p. 433).*

Au mois de juin 2012, le SMR préavisait défavorablement la nouvelle demande de révision, remettant par ailleurs pour la première fois en cause la portée invalidante du trouble hypochondriaque, qu'il considérait comme assimilable à un syndrome *« sans étiologie claire »* au sens des dispositions finales introduites l'année précédente par la 6<sup>e</sup> révision de l'AI à l'endroit duquel la responsabilité de l'AI ne paraissait plus devoir être engagée (dossier OAI, p. 465).

10.2. Des spécialistes se joignaient, cela étant, au médecin traitant pour décrire une aggravation de l'état de santé.

10.2.1. Un rapport de l'Hôpital cantonal de Fribourg du 27 septembre 2011 se prononce plus en détail sur les fistules.

Ces dernières auraient été signalées à partir du mois de septembre 2009 et auraient nécessité plusieurs interventions chirurgicales, avec une répercussion sur la capacité de travail « *Par la nécessité d'effectuer des douches locales en tous les cas 3x/j. et également d'avoir des WC propres et bien équipés. Diminution de la capacité de mobilisation ainsi que diminution de la durée de pouvoir se trouver en position assise à cause de douleurs locales et brûlures* » (dossier OAI, p. 470).

Ce rapport donne toutefois à penser que la capacité de travail serait principalement influencée par d'autres atteintes: « *il présente un ensemble de pathologies qui proviennent de multiples disciplines. C'est un patient fiable, ponctuel, très compliant, qui souffre de l'ensemble de toutes les lésions qui sont bien connues de votre part par les documents que vous nous avez confiés* » (rapport et page précitée).

10.2.2. A côté de cela, un rapport de la Dresse psychiatre D. \_\_\_\_\_ daté du 25 juillet 2012 signale que l'état de santé psychique se serait également dégradé, avec l'apparition d'un état dépressif moyen au côté du trouble hypocondriaque, toujours présent, assimilé désormais toutefois à un trouble somatoforme (dossier OAI, p. 483).

L'état dépressif se serait installé dans un contexte de plaintes multiples concernant les atteintes physiques et après, par ailleurs, le suicide du père en 2005 puis le décès brutal d'un frère en 2011 (rapport précité).

La capacité de travail serait diminuée de moitié au plan psychique.

10.3. Une expertise pluridisciplinaire fut alors confiée à la Clinique Corela.

Dans un rapport du 9 décembre 2013, les experts psychiatre, rhumatologue et en chirurgie viscérale ont en substance retenu une capacité de travail entière dans une activité adaptée : « *Avant et depuis la dernière décision AI du 10 décembre 2008, l'incapacité de travail dans un emploi adapté a été fixée à 30% horaire et 10% de rendement, par jugement du tribunal et à travers la jurisprudence en vigueur. Depuis fin 2009, la situation médicale a été modifiée car de nouveaux diagnostics sont apparus sur le plan somatique. Cependant aucun d'entre eux n'a engendré ou n'engendrera d'incapacité de travail de longue durée. Par ailleurs, sur le plan psychiatrique, depuis cette période, une amélioration significative a été relevée, avec un amendement des troubles. En ce sens, il peut être considéré que la situation est globalement améliorée dès la fin de 2009, avec une capacité de travail de 100% horaire et rendement depuis le 4 octobre 2013, à quelques semaines de la cure chirurgicale lombaire et ce dans un emploi adapté à son status somatique* » (rapport Corela, p. 167, dossier OAI, p. 698).

10.3.1. Dans le détail, ils ont estimé que plus aucune atteinte invalidante ne devait être retenue au plan psychique.

Il n'y aurait en effet plus, ni état dépressif, ni état anxieux, ni même de trouble hypocondriaque, le diagnostic retenu en 2004 n'ayant aujourd'hui plus lieu d'être au vu des nouveaux critères médicaux : « *Sur le plan psychiatrique, en 2005, le suicide violent de son père est un événement pouvant être qualifié d'inhabituel, voire catastrophique, pour lequel un diagnostic de réaction à un facteur de stress sévère, sans précision (ICD-10, F43.9) correspond tout à fait à la situation vécue. Cependant, après une période de deuil, l'état psychique de l'expertisé est revenu ad integrum. Par la suite, les plaintes somatiques antérieures ont perduré, sans constituer actuellement une entité psychiatrique précise. Il faut noter que tout évolue dans un contexte de conflits, l'assuré employant*

*le terme de combat, ce qui complique la plainte et la compréhension de celle-ci pour ses médecins. A l'examen clinique psychiatrique actuel, des symptômes en faveur d'un état dépressif ou anxieux ne sont pas retrouvés. Tout au plus, il s'agit de préoccupations anxieuses compréhensibles concernant son avenir ainsi que son état de santé et celui de sa femme, des chocs dus évidemment aux souffrances ressenties par les éléments de vie, lesquels ne sont pas toujours favorables. Dans ce contexte, antérieurement, le diagnostic d'un trouble hypocondriaque (ICD-10, F45.2) avait été retenu, actuellement, il ne l'est plus. En effet, aucune conviction délirante, ni sensation d'être atteint d'une ou plusieurs maladies n'est retrouvée, l'apparition de pathologies somatiques ayant en quelque sorte confirmé ses craintes, lesquelles pathologies sont désormais un ancrage médical, rendant obsolète ce type de diagnostic, tout comme l'ICD-10 le précise (critère d'exclusion) » (expertise Corela, p. 158, dossier OAI, p. 689).*

10.3.2. Au plan rhumatologique, et notamment au niveau des cervicales et des lombaires, des lésions dégénératives sont certes toujours mentionnées, mais sans grand impact sur la santé toutefois : *« l'assuré présente des lésions dégénératives cervicales en relation avec l'âge, en l'occurrence une uncarthrose cervicale étagée de C4 à C7 droite et C6-C7 gauche. L'examen clinique est dans les limites de la norme à ce niveau. A l'étage lombaire, il existait une hernie discale L5-S1 gauche opérée, dont l'examen clinique ne montre aucun signe d'évolutivité, ni actuellement d'une récurrence d'un conflit disco-radicaire ou de la persistance d'un conflit disco-radicaire »* (expertise Corela, p. 159, dossier OAI, p. 690).

L'experte rhumatologue remet ici en cause les conclusions des précédents experts formulées en 2004 : *« l'avis de l'experte diffère donc des avis antérieurs, lesquels ont paru être abusifs, notamment celui de 2004 »* (expertise Corela, p. 51, dossier OAI, p. 582).

Selon elle, *« il n'existe pas de limitations en porte-à-faux cervical, puisqu'il s'agit d'une uncarthrose banale, compte tenu de l'âge. Ainsi, au niveau du rachis cervical aucune limitation n'a finalement été retenue, notamment du fait de l'absence de retentissements de cette uncarthrose. Ainsi, si dans son rapport médical du 11 juillet 2005, le médecin SMR avait retenu une limitation pour le port de charges lourdes supérieures à 15kg, or celle-ci n'a finalement pas été retenue en lien avec le rachis cervical, car là encore il s'agit de lésions dégénératives banales compte tenu de l'âge et pour lesquelles il n'a été retrouvé aucun parallélisme. En ce qui concerne le rachis lombaire, à l'issue de l'expertise de 2004, les limitations concernant le port de charges de plus de 5kg avaient été retenues alors même que les diagnostics ont été posés avec la précision « sans limitation fonctionnelle ». Puis, le 11 juillet 2005, le rapport SMR avait retenu une limitation à 15kg au niveau lombaire. Actuellement, la limitation ne concerne que le port de charges très lourdes, soit notamment supérieures à 25kg souvent (>50kg occasionnellement et/ou >25kg souvent et/ou 5-10kg en permanence) »* (expertise Corela, p. 51, dossier OAI, p. 582).

10.3.3. Les autres atteintes signalées (tendinopathie, apnée du sommeil, coxarthrose et fistules) ne joueraient pour leur part aucun rôle : *« Il existe également une tendinopathie non calcifiante du sus-épineux à droite, objectivée sur une IRM sous la forme de signes extrêmement minimes avec un hypersignal isolé au niveau du tendon, alors que l'examen clinique ne vient pas confirmer l'hypothèse d'une atteinte patente. En effet, aucun testing positif n'a été retrouvé, mais en revanche, on relève de nombreux éléments de surcharge. En outre, il existe un SAS actuellement sous traitement par CPAP, à l'origine d'une disparition des ronflements, ainsi qu'un syndrome métabolique, pour lequel l'intéressé bénéficie également d'un traitement adapté. Par contre, si les dossiers à disposition mentionnaient la présence d'une coxarthrose bilatérale, aucune plainte n'a*

*été entendue à ce sujet, et les examens radiologiques ont permis d'infirmar cette hypothèse. En outre, il existait des notions de gonarthrose gauche, mais elles n'ont finalement pas été confirmées au vu de la relecture des examens d'imagerie récents. Sur le plan proctologique, l'exploré a présenté une fistule anale. Les premiers problèmes rapportés sont relatés dès 2007 avec une première intervention en 2009. Suite à la dernière cure chirurgicale du 19 mars 2012, l'investigué ne présente plus aucun symptôme gênant en rapport avec ce diagnostic. Par ailleurs, il existe un adénocarcinome prostatique, actuellement asymptomatique, mais dont une cure chirurgicale est prévue prochainement, avant la fin de l'année » (expertise Corela, p. 159, dossier OAI, p. 690).*

10.3.4. Cela étant, l'association de toutes ces atteintes serait tout de même susceptible en théorie de limiter la capacité de travail : *« Par contre, leur association ainsi que la présence d'une fatigue influent indéniablement sur l'aptitude de l'assuré à maintenir une capacité de travail à plein temps. En effet, la fatigue dont se plaint l'assuré, est ancienne et permanente. Elle pourrait être attribuée à l'hémochromatose, à l'obésité mais également au SAS, étant rappelé que l'intéressé va mieux depuis sa prise en charge. Elle trouve sa source dans une espèce d'obligation à se plaindre du fait de la dureté de la vie : il est à rappeler que l'exploré a commencé à travailler à l'âge de 10 ans. Ce qui nous paraît actuellement impossible est pourtant la réalité et il existe une authentique fatigue des gens portant des sacs de 50kg. L'exploré ayant cessé de le faire, il reste une nécessité plus ou moins consciente de continuer à se plaindre, afin de ne pas reprendre une telle activité »* (expertise Corela, p. 160, dossier OAI, p. 691).

Dans l'activité de maçon, la capacité de travail demeurerait, quoi qu'il en soit, nulle, quand bien même l'estimation de l'incapacité aurait été surévaluée dans le passé : *« Sur le plan des atteintes somatiques, la situation d'incapacité a été surestimée dans le passé. Par contre, il est intervenu des modifications avérées depuis lors au niveau du rachis lombaire. Dans le chapitre diagnostique relatif à la pathologie lombaire, la description antérieure de l'activité professionnelle de l'assuré conduisait à ne retenir que peu de limitations, l'assuré ayant décrit ses contraintes dans son dernier emploi. Or, il est peu certain que l'assuré puisse trouver un poste identique, lui épargnant notamment le port de charges moyennes à lourdes. Il faut rappeler que l'assuré ne travaille plus depuis de nombreuses années dans sa profession habituelle, fait incontesté. Aujourd'hui, il est déconditionné et, n'ayant plus de poste de travail, un retour dans sa profession le consignerait aux postes probablement de manœuvre. Il serait alors confronté au port de charges, et ceci, de manière récurrente et continue. Ainsi, en présence d'un assuré présentant diverses pathologies somatiques, avec en particulier une pathologie lombaire opérée, les experts admettent également une incapacité de travail totale dans l'emploi habituel, afin de ne pas risquer une décompensation des étages adjacents à la chirurgie »* (expertise Corela, p.164, dossier OAI, p. 695).

10.4. Au printemps 2014, le Dr E. \_\_\_\_\_, neurochirurgien, signalait une récurrence de la hernie discale et annonçait que le recourant, déjà opéré, allait l'être une nouvelle fois : *« ce patient a récidivé, à la fois cliniquement et radiologiquement. Nous avons une nouvelle IRM qui démontre qu'il existe une récurrence, on peut considérer qu'il s'agit d'un grade de Pfirmann V, de toute façon le grade de Pfirmann n'a aucune corrélation forcément très bonne avec les douleurs. C'est surtout le scanner qui confirme qu'il existe une récurrence de l'hernie discale »* (rapport du 17 mars 2014, dossier OAI, p. 758).

La psychiatre et le médecin traitant continuaient pour leur part à soutenir que leur patient n'était plus capable de travailler, critiquant sur ce point l'expertise Corela (cf. rapport du 14 mars de la

Dresse D. \_\_\_\_\_ [dossier OAI, p. 764] et rapport du Dr C. \_\_\_\_\_ du 17 mars 2014 [dossier OAI, p. 753]).

11.

Au mois de mai 2014, l'OAI envisageait malgré tout de supprimer le quart de rente (cf. la décision du 16 mai 2014 qui ne retient plus qu'un taux d'invalidité de 8,6%, dossier OAI, p. 773).

Cette décision s'étant croisée avec les objections déposées par le recourant, l'instruction a repris, une nouvelle expertise bi-disciplinaire étant confiée au Dr F. \_\_\_\_\_, psychiatre, ainsi qu'au Dr G. \_\_\_\_\_, neurochirurgien, pour le volet physique.

Le recourant s'était entretemps opposé à ce qu'un complément d'expertise soit demandé à la Clinique Corela.

En dépit du rejet du recours qu'il avait incidemment déposé sur ce dernier point auprès de la Cour de céans (605 2015 41), la Clinique Corela n'est plus intervenue.

12.

Les deux nouveaux experts sont en fin de compte parvenus aux mêmes conclusions que leurs confrères de la Clinique Corela.

12.1. Le psychiatre retient en effet que l'assuré a, « *du point de vue psychiatrique, toujours été capable de travailler à 100%* » (expertise F. \_\_\_\_\_, p. 28, dossier OAI, p. 968).

Sur ce point, il écarte le diagnostic d'hypocondrie partiellement invalidante posé par les experts de la PMU en 2004 : « *Je signale que l'expertise pluridisciplinaire effectuée à la PMU en 2004 proposait une capacité de travail à 70% et que le 09.09.2002 l'OAI-FR a décidé d'une invalidité de 47%. Au cours de l'examen ainsi que du point de vue anamnestique, je n'ai pas pu retenir des signes et symptômes d'une maladie psychiatrique handicapante ou d'un trouble de la personnalité décompensé qui justifieraient l'incapacité de travail de cet assuré dont le principal problème est la douleur et ses problèmes somatiques* » (expertise F. \_\_\_\_\_, p. 27, dossier OAI, p. 967).

C'est, selon lui, d'un trouble somatoforme non invalidant qu'est atteint le recourant, qui aurait toujours été pleinement capable de travailler : « *Le trouble somatoforme chez une personnalité dépendante, sur lequel s'est greffé dans le temps et comme conséquence un trouble dépressif récurrent d'un degré léger, ne provoque pas de limitations fonctionnelles du point de vue psychiatrique qui justifieraient l'incapacité de travail de cet assuré qui a toujours été capable de travailler à 100%* » (expertise F. \_\_\_\_\_, p. 26, dossier OAI, p. 966).

Il a par la suite encore précisé ceci : « *Je signale que la jurisprudence a évolué en ce qui concerne les troubles somatoformes depuis 2014. Les décisions de la PMU (27 juillet 2004) et celle de l'OAI-FR (9 septembre 2005) ont été prises donc avant la nouvelle jurisprudence. Je n'ai pas trouvé dans le dossier les motifs pour lesquels l'OAI a pris la décision d'octroyer un degré d'invalidité de 47% à l'assuré ni la relation avec la capacité de travail retenue par la PMU* » (complément du 24 avril 2017, p. 8, dossier OAI, p. 1024).

12.2. Pour sa part, le neurochirurgien s'est directement référé aux précédentes conclusions de la Clinique Corela pour les valider en ces termes, soulignant au passage qu'on ne pouvait constater ni amélioration ni péjoration de l'état de santé : « *Comme à plusieurs reprises le 21.11.2016 on*

*pouvait diagnostiquer un syndrome lombo-vertébral avec tendance à l'irradiation dans l'extrémité inférieure gauche (déjà affaiblie après multiples opérations au niveau du genou) sans déficit radiculaire documenté avec certitude, opéré à deux reprises (2013 / 2014). Les différents traitements conservateurs, semi-invasifs et surtout chirurgicaux n'ont pratiquement pas changé les troubles dont il se plaignait depuis plus que 15 ans. Un syndrome lombo-vertébral après opération d'une hernie discale diagnostiqué en décembre 2013 sans atteinte radiculaire, n'a pas changé pendant les 3 années passées. On ne peut constater, ni amélioration, ni péjoration du status neurologique, resp. de l'état de la colonne vertébrale lombaire. Actuellement on a l'impression que Monsieur se sent relativement bien dans son état actuel et qu'il ne désire pas trop changer sa situation, à l'exception de son désir d'une rente AI à 100%. Du point de vue neurochirurgical, je m'accorde aux conclusions des expertes de 2013 entièrement » (expertise G. \_\_\_\_\_, p. 7, dossier OAI, p. 984).*

Il a précisé plus loin : *« D'un point de vu neurochirurgical il n'y avait pas de raison pour une incapacité de travail. (Mis à part les deux périodes postopératoires transitoires après discectomie 2013 et 2014). Rétrospectivement une incapacité de travail à 100% depuis des années pour des « douleurs dorsales » n'est pas compréhensible »* (expertise G. \_\_\_\_\_, p. 11, dossier OAI, p. 988).

13.

Sur la base du parcours de l'assuré-recourant qui vient d'être exposé et en se référant aux nombreux éléments médicaux cités, la Cour de céans est en mesure de considérer ce qui suit.

13.1. Au départ, le recourant, ouvrier maçon, s'est vu octroyer pendant quelque temps une rente entière qui tenait compte essentiellement de ses atteintes rhumatologiques, situées au niveau des cervicales et des lombaires, ainsi que du genou gauche.

Son médecin traitant retenait alors une incapacité de travail totale depuis le mois d'octobre 1997 (pt. 6 et rapport du 24 janvier 2000, dossier OAI, p. 129).

Cette rente entière a par la suite été réduite au quart de rente.

13.2. A cette occasion, ce sont les conclusions des experts de la PMU de Lausanne, rendues dans un rapport en 2004, qui avaient été suivies.

Ces derniers concluaient à une limitation globale de 30% de la capacité de travail dans une activité adaptée, en raison, non seulement des atteintes cervicales et lombaires, mais également, au niveau psychique, d'une hypocondrie partiellement invalidante venant se surajouter au tableau.

A cette époque, l'avis du médecin traitant, qui estimait son patient toujours pleinement incapable de travailler, n'avait donc pas été suivi (cf. notamment son rapport du 27 janvier 2004, dossier OAI, p. 71).

Saisie d'un recours, la Cour de céans avait confirmé le taux d'activité obtenu de 46,7%, après prise en compte de la limitation de la capacité de travail retenue par les experts, cette dernière judiciairement validée dès lors.

13.3. Les experts nouvellement mandatés dans le cadre de la procédure en révision introduite par le recourant en 2011 n'ont à aucun moment véritablement démontré que son état de santé s'était globalement amélioré depuis 2004.

Les premiers experts de la Clinique Corela ont estimé que, sur un plan rhumatologique, la situation - tout particulièrement l'impact sur la capacité de travail des atteintes dégénératives -, avait été mal évaluée dès le départ (cf. pt 10.3.2. et expertise Corela, p. 51, dossier OAI, p. 582): ils remettaient ainsi en cause les conclusions d'une première expertise validée par une instance judiciaire disposant d'un plein pouvoir de cognition, et dont le jugement est entrée en force.

Le volet psychiatrique de l'expertise Corela ne faisait pas que remettre en cause les conclusions des premiers experts de la PMU, il remettait aussi en question le diagnostic posé à l'époque d'une hyponcondrie, respectivement d'un trouble hypocondriaque sur la base, apparemment, de nouveaux critères médicaux (cf. pt. 10.3.1. et expertise Corela, p. 158, dossier OAI, p. 689).

Or, ce dernier diagnostic avait aussi été incidemment validé par la Cour de céans.

Ces nouvelles considérations médicales ne peuvent constituer tout au plus qu'un moyen de reconsidération ou de réexamen, mais elles ne peuvent en aucun cas valoir grief de révision d'un arrêt entré en force.

13.4. Sur ce point, il s'agit de constater que l'erreur que semble avoir originellement commise l'OAI dans ce dossier, du moins le rapport du médecin SMR daté du 15 juin 2012 (dossier OAI, p. 465) le laisse-t-il croire, est d'être parti du principe que les dispositions relatives à la 6<sup>e</sup> révision de l'AI permettaient à ses offices de librement réexaminer un cas déjà jugé par une autorité judiciaire, au risque de remettre en cause le principe de sécurité juridique : en l'espèce, la Cour de céans ayant à l'époque constaté la présence conjointe d'atteintes physiques et psychiques, celles-ci ne pouvaient être simplement requalifiées, des années plus tard, pour être nouvellement assimilées à un « *syndrome sans parthogenèse ni étiologie claire* ».

Les nouveaux experts de la Clinique Corela puis, plus encore, les seconds experts mandatés par l'OAI paraissent avoir implicitement reproduit cette erreur.

La dernière expertise bi-disciplinaire sur laquelle se fonde l'OAI ne fait, dans le cadre de l'un comme de l'autre de ses deux volets, que de revenir sur l'analyse des premiers experts pour indiquer les raisons méritant que l'on s'écarte des conclusions formulées à l'époque (cf. pt. 12.1 et 12.2).

En déclarant que la capacité de travail aurait été préservée dès le départ, ils ont renoncé, dans les faits, à établir toute amélioration objective de l'état de santé qui aurait été susceptible de fonder la révision du quart de rente.

Dans ce cadre, ils se réfèrent même directement aux conclusions des experts de la Clinique Corela, alors même qu'une jurisprudence récente et notoire invite précisément à ne plus en tenir en compte - dès lors que le système d'élaboration des expertises mis en place par cette dernière clinique était apparu inique, ce qui lui a même valu un retrait de son autorisation d'exploiter (cf. dans ce sens, arrêt TF 9F\_3/2018 du 20 juillet 2018) -, instituant, dans le cas contraire, un motif de révision procédurale.

D'emblée, la référence directe et assumée aux conclusions des experts de la clinique Corela fragilise donc la thèse des deux nouveaux experts.

Ces derniers indiquent au reste se fonder sur une évolution de la jurisprudence pour motiver une appréciation rétroactive différentielle de l'état de santé du recourant (pt. 12.1 et complément du 24 avril 2017, p. 8, dossier OAI, p. 1024).

Or, un changement de loi ne saurait en principe justifier la révision formelle, à tout le moins pas dans le cas d'espèce, d'un jugement entré en force, ce que semble penser l'OAI qui se fonde, non seulement sur l'opinion du SMR formulée en 2012, mais également sur les explications complémentaires des derniers experts pour supprimer le quart de rente.

On ne peut d'ailleurs tout au plus que constater que l'état de santé du recourant est demeuré stable depuis de très nombreuses années, les nouveaux experts et les médecins traitants inscrivant chacun le point de départ de leur propre évaluation de la capacité de travail dans le marbre du temps : pour les nouveaux experts, le recourant aurait toujours été capable de travailler à plein temps, pour le médecin traitant, il serait en incapacité de travail totale depuis le mois d'octobre 1997.

13.5. A côté de cela, l'on a peine à suivre les conclusions de la clinique Corela - intégralement reprises par les nouveaux experts - dans leur logique propre, les médecins de la clinique consentant tout de même à reconnaître le principe d'une diminution de la capacité du recourant au vu de la multiplicité de ses atteintes. Ses conclusions finales s'écartent au reste de celles de l'experte rhumatologue pour décréter l'activité de maçon comme totalement incompatible avec l'état de santé du recourant, alors que cette dernière spécialiste semblait au contraire indiquer qu'un port de lourdes charges était encore envisageable.

Ce qui peut à la rigueur prêter à sourire quand on sait qu'il a aujourd'hui atteint l'âge de 60 ans et qu'il a bénéficié d'un quart de rente pour atteintes dégénératives depuis plus de 15 ans et qu'il été opéré entre l'année 2013 et 2014 pour une hernie discale récidivante.

Il apparaît ainsi, au vu de tout ce qui précède, que le quart de rente octroyé depuis de nombreuses années ne peut aujourd'hui être supprimé, faute d'une amélioration objectivement constatable de l'état de santé, en l'absence qui plus est de tout motif de révision procédurale à l'encontre des deux jugements rendus par la Cour de céans en 2007 puis en 2011.

Au vu du rapport du SMR du 11 juillet 2005 (pt. 7.5 et dossier OAI, p. 213), qui retenait même, en toute connaissance de cause, une exigibilité de 60% dans une activité adaptée, on se prend à regretter que l'OAI ait fini par dépenser autant d'énergie pour tenter de supprimer le quart de rente en laissant entendre que le recourant n'aurait dès le départ eu droit à rien.

14.

Il découle implicitement de ce qui précède qu'une aggravation de l'état de santé n'est pas non plus établie.

14.1. Comme il a été dit, le médecin traitant estime le recourant incapable de travailler depuis le mois d'octobre 1997 (pt. 6 et rapport du 24 janvier 2000, dossier OAI, p. 129).

Par la suite, il n'a fait que signaler une aggravation de l'état de santé dans le cadre de ses nombreux rapports ultérieurs visant en fin de compte à réintégrer son patient dans le droit à la rente entière perçue au départ (cf. rapport du 8 octobre 2007 [dossier OAI, p. 339], rapport du 25



février 2008 [dossier OAI, p. 374], rapport du 3 juin 2011 [dossier OAI, p. 433], rapport du 9 août 2012 [dossier OAI, p. 486], rapport du 17 mars 2014 [dossier OAI, p. 753]).

Dans le cadre de l'échange des écritures, le recourant a fait produire une nouvelle contre-expertise bi-disciplinaire - celle-ci composée de deux volets (l'un, psychiatrique, émanant du Dr H. \_\_\_\_\_, l'autre, rhumatologique-orthopédique, émanant du Dr I. \_\_\_\_\_) respectivement datés du 16 mai 2018 et du 17 septembre 2018 - concluant en synthèse à une incapacité de travail totale d'un point de vue orthopédique, de 20% au plan psychique, dans les deux cas depuis 1997.

Ces conclusions remettent ainsi en cause les jugements de la Cour de céans rendus entretemps, sans toutefois constituer, là encore, un motif de révision procédurale, dès lors qu'elles se fondent sur le même tableau médical, présent depuis 1997.

Cela ayant été précisé, il n'y a pas lieu d'examiner cette expertise bi-disciplinaire privée dans le détail dès lors que, rendue qui plus est plusieurs mois après la décision querellée, elle ne fait pour l'essentiel que livrer une nouvelle interprétation médicale d'une situation que l'on ne peut aujourd'hui guère qualifier autrement que de figée, comme les positions des deux parties.

14.2. Une péjoration de l'état de santé psychique est certes signalée à partir du mois de septembre 2017, soit dans le cadre des mesures professionnelles d'accompagnement à la suppression du quart de rente, à savoir en réaction à un changement de statut juridique.

Avec le maintien du quart de rente, si l'on suit cette logique, la péjoration de l'état de santé psychique du recourant devrait au contraire se résorber.

Il n'est pas utile, non plus, de se prononcer sur les circonstances d'un échec d'une mesure de réadaptation tentée pour accompagner la suppression de toute rente, qui n'a plus lieu d'être.

14.3. La seule aggravation bien réelle, mais seulement passagère, c'est celle qui a été signalée par le Dr E. \_\_\_\_\_ avec la récurrence de la hernie discale en 2013-2014.

Il n'est pas établi, cela étant, que cette aggravation ait duré assez longtemps et avec une intensité telle qu'elle eût pu ouvrir le droit à l'augmentation provisoire du quart de rente.

Sur ce point, les explications du Dr E. \_\_\_\_\_ n'apparaissent pas suffisamment probantes : *« je vais donc réopérer Monsieur, il sera de nouveau en arrêt de travail pour plusieurs mois. Je ne peux exclure une récurrence et une dégénérescence du disque qui progresse et que nous devons encore une fois dans le futur opérer ce patient. Il est donc clair qu'après ma chirurgie du mois de septembre 2013, il n'y a aucune amélioration nette de son état de santé »* (rapport du 17 mars 2014, dossier OAI, p. 758).

Il précisait, au contraire : *« je n'ai effectivement pas fixé d'arrêt de travail en post-opératoire, le patient étant à l'AI, mais il est clair que lors d'une hernie discale, surtout chez un patient qui pratique ce qui est censé être même un travail manuel léger, les arrêts de travail sont généralement de deux à trois mois »* (rapport précité), ce qui permet de penser qu'une augmentation provisoire du droit au quart de rente ne se justifiait pas.

Mais, dans le même temps, ces indications évoquent l'existence, chez le recourant, d'une atteinte dégénérative objective de nature à limiter partiellement la capacité de travail.

15.

La Cour de céans parvient ainsi à la conclusion que le quart de rente alloué depuis de nombreuses années au recourant ne peut être ni augmenté ni, surtout, supprimé.

Les nombreux écritures et recours dont a été saisie la Cour de céans à propos de ce dossier attestent d'un conflit qui sort manifestement du cadre de la seule question juridique qu'il y avait lieu de résoudre et qui aurait pu l'être en faisant preuve de bon sens et d'une bonne foi mesurée.

Ce conflit a probablement pris un mauvais virage dans le courant de l'année 2011 avec la demande d'augmentation du quart de rente et la réaction en 2012 de l'OAI d'envisager au contraire sa suppression, à l'encontre de ce que son SMR pensait au départ et en finissant par attenter au principe de sécurité juridique.

Si sa volonté seule d'obtenir une rente ne suffit pas encore à établir le droit aux prestations de l'assuré, il s'agit aussi de rappeler à l'Administration que sa seule volonté de supprimer des prestations n'emporte pas non plus la création des conditions légales pour le faire.

Le recours est, quoi qu'il en soit, partiellement admis dans la mesure où le droit au quart de rente est maintenu.

La décision querellée est modifiée dans ce sens.

16.

Il reste à statuer sur les frais ainsi que sur l'indemnité de partie.

16.1. Les frais de justice sont, sur le principe, partagés entre les parties, à hauteur de CHF 400.- chacune.

16.2. Une indemnité de partie est octroyée dans la mesure de l'admission partielle du recours.

L'on s'écartera ainsi de la liste déposée par la mandataire, qui fait état d'un total d'un peu plus de 31 heures de travail pour un montant d'honoraires de CHF 7'820.73.

Pour le travail ayant trait aux opérations strictement nécessaires visant à établir que la suppression du quart de rente ne se justifiait pas, l'on retiendra un total de 12 heures de travail, indemnisées au tarif horaire de CHF 250.-, pour un premier sous-montant de CHF 3'000.-.

A quoi s'ajoute une TVA à 8%, le gros du travail (dépôt du mémoire) ayant été effectué en 2017 (=CHF 240.-).

Et, encore, CHF 170.50 au titre de débours.

Pour un total de CHF 3'410.50, mis à la charge de l'OAI.

16.3. Le recourant a également demandé le bénéfice de l'assistance judiciaire.

Celle-ci est admise pour couvrir le reste des opérations effectuées par la mandante.

A cet égard, on fera tout d'abord remarquer que la thèse du recourant consistant à faire établir son droit à la rente entière a pour sa part été manifestement rejetée, dans la mesure où elle

accompagnait une conviction d'être totalement invalide présente certes depuis 1997, mais néanmoins écartée par la Cour de céans dans son jugement de 2007.

L'on tiendra compte, par ailleurs, de la maxime d'office ainsi que du très large pouvoir d'examen de la Cour de céans, pour constater que le travail minutieux et détaillé effectué par la mandataire dans le cadre de ses nombreuses écritures à la limite du prolix excède manifestement ce que l'on peut qualifier d'opérations strictement nécessaires à mettre à la charge de l'Etat.

Sur la vingtaine d'heures jusque là non couvertes par l'indemnité de partie, seules 8 heures de travail restantes seront ainsi finalement prises en compte.

Pour un total de CHF 1'440.-, plus une TVA, là encore, de 8% (=CHF 115.20).

C'est ainsi, une indemnité complémentaire de CHF 1'555.20 qui est allouée.

Elle est intégralement mise à la charge de l'Etat.

### **la Cour arrête :**

- I. Le recours (605 2017 278) est partiellement admis.  
Partant, la décision querellée est modifiée dans le sens du maintien du quart de rente.
- II. Les frais de justice sont équitablement mis à la charge des deux parties, par CHF 400.-.
- III. L'assistance judiciaire (605 2017 279) est accordée au recourant et Me Monferini Nuoffer est désignée défenseur d'office.
- IV. Vu l'octroi de l'assistance judiciaire, les CHF 400.- dus par le recourant ne lui sont pas réclamés.
- V. Une indemnité de partie de CHF 3'410.50 (débours et TVA de CHF 240.- compris) est allouée au recourant.  
Elle est mise à la charge de l'OAI qui succombe.
- VI. Une indemnité complémentaire de CHF 1'555.20 (TVA de CHF 115.20 compris) est allouée à Me Monferini Nuoffer au titre de l'assistance judiciaire.  
Elle est mise à la charge de l'Etat.
- VII. 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 20 décembre 2018 /mbo

Le Président :

La Greffière-stagiaire :