



**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 2019 47

Arrêt du 18 mars 2020

1^e Cour des assurances sociales

Composition

Président :	Marc Boivin
Juges :	Marianne Jungo, Marc Sugnaux
Greffière-stagiaire :	Sarah Vuille

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 – révision/suppression d'un quart de rente
Recours du 18 février 2019 contre la décision du 17 janvier 2019

considérant en fait

A. A. _____, éancheur, né en 1958, a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg (OAI) le 2 mai 2002, déclarant souffrir au niveau du dos et de la hanche, ceci après une chute survenue sur son lieu de travail au mois de novembre 2011. Il avait par ailleurs déjà souffert de lombalgies par le passé.

Dans le cadre de l'instruction de sa demande, il a notamment effectué un stage en atelier en 2003, mais a trop souvent été absent pour que celui-ci s'avère concluant.

B. En 2005, alors qu'il n'avait toujours pas repris le travail, on a signalé chez lui un syndrome douloureux chronique.

Une expertise psychiatrique a conclu à l'existence d'une limitation de la capacité de travail d'environ 30 à 40%, compte tenu d'un syndrome dépressif « *peu spécifique* ».

Dès lors, un quart de rente lui a été octroyé par le biais de plusieurs décisions successivement rendues à partir du mois de juin 2006, toutes fondées sur un taux de 47%, avec effet rétroactif à partir du 1^{er} novembre 2002.

Ce droit a été confirmé par la suite en 2007, après annonce toutefois d'une aggravation de l'état de santé.

C. Le recourant a annoncé une nouvelle aggravation de son état de santé en automne 2008.

L'octroi d'un quart de rente a formellement été confirmé en 2010, cela en dépit des objections soulevées par le recourant, alors représentée par Me Séverine Monferini Nuoffer, objections que l'OAI admettra plus tard ne pas avoir prises en compte.

D. Dans le cadre d'une procédure en révision introduite en 2012, il a été vu par de nouveaux experts, qui se sont prononcés dans un rapport bi-disciplinaire, rhumatologique et psychiatrique.

Duquel il ressortait que son état de santé s'était amélioré au point de ne plus générer d'incapacité de travail.

Son quart de rente a ainsi été supprimé le 23 février 2015.

E. Se prévalant d'une contre-expertise psychiatrique privée, l'assuré a recouru auprès de la Cour de céans le 30 mars 2015 (cf. 605 2015 74), demandant une demi-rente d'invalidité à partir du 1^{er} janvier 2009 et jusqu'au 30 novembre 2010, une rente entière par la suite.

L'OAI ayant accepté de reprendre l'instruction médicale de son cas, il a retiré son recours.

F. Mandat d'expertise fut alors confié au Dr B. _____, dont l'assuré a demandé la récusation, proposant un autre expert ainsi qu'un catalogue de questions précises.

Par décision incidente du 30 mars 2016, l'OAI a rejeté dite demande et confirmé son intention de mandater le Dr B. _____, acceptant tout de même de lui soumettre le catalogue des questions proposées.

Saisie d'un recours contre cette dernière décision incidente, la Cour de céans l'a rejeté le 15 novembre 2016 (605 2016 88).

G. Le rapport d'expertise du Dr B. _____ a été rendu le 29 avril 2017, révélant, d'une part, l'absence de toute maladie psychiatrique ayant une incidence sur la capacité de travail et, d'autre part, l'amélioration de l'état de santé depuis 2014.

H. Des mesures d'ordre professionnel ont alors été mises en place, l'assuré étant âgé de plus de 55 ans, celles-ci interrompues dans la mesure où ce dernier ne parvenait pas à augmenter son taux de présence à plus de 50%.

Un nouveau stage s'est déroulé du 1^{er} mai au 31 juillet 2018.

I. L'OAI a finalement décidé de supprimer la rente le 17 janvier 2019.

J. Représenté par Me Séverine Monferini Nuoffer, A. _____ interjette recours contre cette dernière décision le 18 février 2019, concluant avec suite de frais et d'une indemnité de partie à son annulation et, partant, à l'octroi de trois-quarts de rente à partir du 1^{er} janvier 2009, puis d'une rente entière à partir du 1^{er} décembre 2010, sous réserve des indemnités journalières perçues durant les mesures de réadaptation. Il critique dans le détail, sur 36 pages, les conclusions de l'expertise du Dr B. _____ ainsi que celles, plus anciennes du Dr C. _____, pour se fonder, non seulement, sur l'opinion récente et actualisée de ses médecins, mais aussi, plus particulièrement, sur la contre-expertise privée qu'il avait fait réaliser en 2015. Ces derniers documents médicaux attestent selon lui d'une capacité de travail notablement restreinte au plan psychique à partir de l'année 2009, soit lorsqu'il s'était précisément prévalu d'une péjoration de l'état de santé, moment à partir duquel il aurait ainsi eu droit à davantage que le seul quart de rente aujourd'hui supprimé. L'aggravation de son état de santé au cours de cette première période serait même attestée par l'ensemble des experts psychiatres consultés. Par ailleurs, il estime qu'une diminution de rendement de l'ordre de 20% devrait être prise en compte eu égard à ses problèmes de dos. Il fait enfin valoir son âge avancé pour soutenir qu'il n'est désormais plus capable de surmonter son handicap et que l'on ne peut plus exiger de lui qu'il diminue son dommage dans le monde du travail, comme l'ont démontré les mesures professionnelles ordonnées qui se sont toutes soldées par un échec indépendant de sa bonne volonté. Reprenant ainsi la comparaison des revenus au vu de ce qui précède, opérant encore une réduction de 15% pour cause de désavantage salarial sur son revenu d'invalidé, il finit par chiffrer les conclusions à l'appui de son recours, laissant finalement entendre qu'il aurait même droit à une rente entière à partir du 1^{er} février 2019 et, dans tous les cas de figure, au maintien de son quart de rente si l'on ne devait retenir que la seule diminution de rendement au plan physique.

Il a versé une avance de frais de CHF 800.- le 1^{er} avril 2019.

Dans ses observations du 2 mai 2019, l'OAI propose le rejet du recours.

Invité à se déterminer, l'assureur prévoyance professionnelle du recourant n'a pas répondu.

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.

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

La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique, soit aussi de troubles somatoformes douloureux persistants, suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant légitime sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 396 consid. 5.3 et 6).

2.2. Les facteurs psychosociaux et socioculturels ne constituent en revanche pas des atteintes à la santé entraînant une incapacité de gain au sens de l'art. 7 LPGA. 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; Tribunal fédéral, arrêt non publié dans la cause T. [I 797/06] du 21 août 2007 consid. 4).

3.

Selon l'art. 28 LAI, l'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40 % au moins. La rente est échelonnée selon le degré d'invalidité. Un degré 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'il 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.

3.1. D'après l'art. 16 LPGA, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu du travail que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant

l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré.

3.2. Ce n'est ainsi 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).

4.

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).

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).

5.

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).

5.1. 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.

5.2. 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^{er} avril 2009 consid. 3.3 et les références citées).

6.

Est litigieuse la suppression du quart de rente et, dans ce cadre, l'estimation de la capacité de travail, sur un plan principalement psychique, mais aussi, pour ce qui concerne la diminution de rendement, sur un plan physique.

Le recourant soutient essentiellement que son état de santé se serait péjoré à partir de l'année 2009 déjà, moment à partir duquel il aurait eu droit à trois quarts de rente plutôt qu'au seul quart de rente aujourd'hui supprimé, après quoi, à partir du 1^{er} décembre 2010, sa capacité de travail serait devenue nulle.

Quant à l'OAI, il considère que le recourant n'a aujourd'hui plus droit au quart de rente, laissant par ailleurs entendre qu'il n'aurait à l'époque jamais eu droit à plus.

Qu'en est-il ?

7.

Atteinte et octroi d'un quart de rente

Né en 1958, le recourant, ouvrier-étancheur, a déposé une demande de rente le 2 mai 2002, indiquant être atteint au niveau du dos et des hanches, ceci depuis le mois de novembre 2001 (dossier AI, p. 5).

7.1. Il avait alors été victime d'une chute sur le lieu de son travail, tombant dans un silo d'une hauteur de 2 mètres, se réceptionnant sur les fesses, ce qui lui avait occasionné des douleurs au dos (dossier AI, p. 27).

L'assurance-accidents avait pour sa part estimé, via son médecin d'arrondissement, que les conséquences de cet événement avaient disparu au mois de mai 2002 (dossier AI, p. 19).

Selon son médecin traitant, le Dr D. _____, spécialiste en maladies rhumatismales, médecine physique et réhabilitation, sa chute n'aurait fait que raviver des lombalgies chroniques, présentes depuis longtemps : *«Diagnostic : syndrome lombo-spondylogène invalldant persistant sur spondylotisthésis et spondylolyse L5 bilatérale et instabilité intersegmentaire L5-S1. Le patient se plaint de lombalgies chroniques depuis fort longtemps et est suivi à ma consultation depuis 1996. Une exacerbation douloureuse est constatée surtout depuis l'automne 2011. Plaintes subjectives concernant des douleurs irradiantes dans le membre inférieur gauche avec paresthésies au niveau fessier gauche en position assise prolongée. Exacerbations à toute surcharge, rendant l'activité professionnelle impossible. (...) Depuis ce traumatisme, la symptomatologie douloureuse s'est accentuée. Indication subjective également de cervicalgies de type musculaire réactionnelles »* (rapport du 29 janvier 2002, dossier AI, p. 47).

7.2. Au mois de septembre 2002, toujours en incapacité de travail après une reprise avortée au début de l'année 2002, le recourant ne paraissait pas avoir de projet et demeurait dans l'attente : *« il ne pourra plus reprendre une activité au sein de l'entreprise, étant donné qu'il n'y a pas de travail plus léger à lui confier. Sa motivation face à la reprise d'une activité est difficile à cerner. D'un côté, il trouve le temps long à rester à la maison et souhaiterait être occupé, mais de l'autre, il n'a pas réfléchi à une activité qu'il pourrait encore faire, ni fait de démarche dans ce sens ; il n'a pas d'idée sur sa capacité de travail actuelle. Il attend que notre assurance lui propose un travail adapté et ne projette pas de retourner au pays. Il souhaite avant tout attendre les résultats de la*

consultation du mois de novembre prochain avec le Dr Hora, afin d'être renseigné sur l'opportunité d'une opération » (rapport sur la réadaptation professionnelle du 27 septembre 2002, dossier AI, p. 71).

Une intervention (spondylolèse L5-S1) visant à stabiliser la colonne lombaire sera réalisée par le spécialiste précité au mois de février 2003, mais sans réelle amélioration sur le moyen terme selon le Dr E. _____, neurologue suivant également le recourant (cf. rapport du 7 janvier 2004, dossier AI, p. 127).

A la fin de l'été 2003, un stage professionnel de trois mois a été mis sur place, durant lesquels il a été absent 35 jours pour raison médicale, sa capacité de travail n'ayant pas pu être mesurée : *« il n'a pas effectué toutes les activités selon le schéma habituel du CEPAI. Ses nombreuses absences n'ont pas permis de tester son rendement. Il n'a pas travaillé sur le tour mécanique. Il a réalisé, sous forme d'exercice, un montage mécanique, un circuit électrique et électronique, des travaux de mesurage et du contrôle de qualité. Les travaux sur verre ont consisté à la coupe, le meulage, le collage de la bande de cuivre et la soudure à l'étain. (...) Le temps limité passé au CEPAI ne nous permet pas de tirer des conclusions objectives et de proposer un secteur d'activité envisageable pour votre assuré »* (rapport CEPAI du 3 décembre 2003, dossier AI, p. 103 ss).

7.3. Au début de l'année 2004, le médecin traitant préconisait une reprise du travail à 50% dans une activité légère ergonomiquement adaptée, mais relevait toutefois une *« coopération médiocre »* quant à la tentative d'une réintégration professionnelle, ainsi qu'une *« capacité intellectuelle restreinte »* (annexe au rapport du 14 janvier 2004, dossier AI, p. 120).

Un an plus tard, au début de l'année 2005, c'est une *« surcharge vertébrale, cervicale et lombaire »* qu'il signalait, s'accompagnant, désormais, d'un *« état dépressif réactionnel »* (annexe au rapport du 18 janvier 2005, dossier AI, p. 138).

Quant au Dr E. _____, il confirmait en partie l'avis de son confrère, relativisant cependant la gravité de l'atteinte physique pour retenir l'existence d'une atteinte secondaire au plan psychique dans un contexte de trouble somatoforme, évoquant éventuellement même un cas de simulation : *« Je constate donc des signes d'allure non organique aux MS et aux MI et une absence cette fois-ci de signes déficitaires objectifs. L'examen électrologique n'apporte lui aussi pas d'argument pour une pathologie radiculaire C6, C7 et L5, S1 D. J'évoque dans le diagnostic différentiel : un trouble somatoforme dans le cadre d'un état anxieux et/ou dépressif et/ou une simulation »* (rapport du 25 janvier 2005, dossier AI, p. 148).

Le recourant avait en tous les cas séjourné à la fin de l'année 2004 au service de rhumatologie de l'Hôpital cantonal, où les médecins s'étaient également montrés perplexes : *« Les divers exercices de physiothérapie, principalement antalgique, vont permettre une très discrète amélioration des cervicobrachialgies droites et de la mobilité cervicale, mais sans effet sur les lombalgies. Cependant, ce patient sans projection, renfermé sur lui-même, sédentaire, présente des symptômes ayant un aspect non organique voire parfois franchement discordant : troubles somatoformes dans le cadre d'une affection psychiatrique ? Simulation ? (cf. consultation Dr E. _____) »* (rapport du 28 décembre 2004, dossier AI, p. 169).

7.4. Une expertise bi-disciplinaire fut dès lors ordonnée et confiée aux spécialistes du Centre d'observation médicale de l'assurance-invalidité (COMAI).

Dans leur rapport du 29 juillet 2005, les Dr F. _____, rhumatologue, et G. _____, psychiatre, ont conclu à une diminution de rendement de l'ordre de 30 à 40% à cause de l'état dépressif, ceci depuis le mois de novembre 2001 (expertise COMAI 2005, dossier AI, p. 220, 223).

7.4.1. Au *plan physique*, ils ont laissé entendre qu'il n'y avait plus guère d'amélioration envisageable au vu des traitements proposés qui se sont révélés inefficaces, la problématique ayant évolué en trouble somatoforme: « *lors de l'évaluation actuelle, l'appréciation est concordante avec les éléments figurants au dossier. A savoir que Monsieur présente un syndrome lombospondylogène avec pseudo-sciatalgies du membre inférieur droit et un syndrome cervical avec pseudo-radicalgies du membre supérieur droit. Les lésions organiques objectives, certes non négligeables, ne permettent pas d'expliquer l'ensemble de la symptomatologie douloureuse. En particulier la spondylolyse bilatérale de L5 était ancienne et déjà présente alors que l'assuré travaillait normalement. L'intervention de stabilisation lombaire n'a pas amélioré la symptomatologie douloureuse qui s'est plutôt aggravée par l'intensité des douleurs et l'extension du territoire concerné. Ce dernier ne respecte pas une topographie radiculaire ou anatomique précise. D'autre part, comme le décrivait le neurologue Dr E. _____, il n'y a pas une bonne corrélation radio-clinique. Ces différents éléments nous amènent à retenir le diagnostic de troubles douloureux somatoformes persistants, déjà avancé par d'autres médecins au début de l'année 2005. (...) A posteriori on peut même se demander si l'intervention de spondylodèse était indiquée dans ce cas* » (expertise COMAI 2005, dossier AI, p. 218-219).

Pour autant, une activité adaptée demeurerait exigible selon eux: « *en raison de l'atteinte somatique, une activité physique lourde telle que celle d'étancheur est contre-indiquée. Sur ce point nous partageons l'avis des différents médecins qui ont examiné l'assuré. Il n'y a par contre pas de contre-indication à ce que Monsieur effectue un reclassement professionnel. Du point de vue somatique, la capacité de se réadapter et la capacité de travail sont préservées dans une activité adaptée* » (expertise COMAI 2005, dossier AI, p. 219).

Concrètement, les « *stations statiques prolongées sont contre-indiquées de même que le port de charges lourdes au-delà de 20 kg et le port répétitif de charges de plus de 10 kg. Les mouvements sollicitant fortement le dos par des positions prolongées en porte-à-faux ou par des mouvements répétitifs de flexion-extension ou de rotation sont également contre-indiqués* » (expertise COMAI 2005, dossier AI, p. 223).

7.4.2. C'est au *plan psychique*, en revanche, que le rendement était limité, cela compte tenu, d'une part, d'un syndrome dépressif, toutefois peu spécifique, mais aussi, d'autre part, d'un niveau intellectuel probablement très limité pouvant constituer un obstacle à la réadaptation: « *il existe un syndrome dépressif peu spécifique en raison des limitations intellectuelles, mais semblant authentique, correspondant probablement à un épisode dépressif moyen avec syndrome somatique au sens de la CIM-10. Ce syndrome dépressif est apparu progressivement, sans qu'il soit mentionné dans les rapports des somaticiens avant janvier 2005 (rapport du Dr E. _____). Il entraîne des limitations des fonctions cognitives (attention, concentration, mémoire) et volitionnelles (motivation, dynamisme) interférant avec le rendement et hypothéquant surtout la capacité d'entreprendre une reconversion professionnelle. Il existe par ailleurs un niveau intellectuel probablement très limité (a doublé trois classes primaires sur les quatre qu'il a effectuées au Portugal). (...) Ajouté aux limitations d'origine dépressive, le faible niveau intellectuel restreint certainement de manière très prononcée les capacités d'adaptation et par conséquent de*

reclassement professionnel, même dans des activités manuelles simples » (expertise COMAI 2005, dossier AI, p. 220).

C'est cette dernière symptomatologie, représentant une comorbidité non négligeable justifiant en soi une incapacité de travail, qui amplifiait le diagnostic de trouble somatoforme au point d'entraîner la diminution de rendement retenue.

7.5. Au vu de cette dernière expertise, un quart de rente fut octroyé, sur la base d'un taux d'invalidité de 47% obtenu après comparaison du revenu de valide d'ouvrier-étancheur et d'un revenu d'invalidé statistique d'ouvrier dans la production industrielle légère à 70%, avec encore une réduction de 10% opérée au titre de désavantage salarial (cf. motivation, dossier AI, p. 244-245, communication du 16 mars 2006, dossier AI, p. 249).

Plusieurs décisions seront rendues dans ce sens, à partir du mois de juin 2006 (cf. dossier AI, p. 251 et ss).

Le recourant voulut s'y opposer le 21 août 2006, mais son opposition fut considérée comme étant hors-délai et fut par conséquent déclarée irrecevable (cf. décision sur opposition du 17 octobre 2006, dossier AI, p. 282).

Le recourant n'a pas contesté cette dernière décision sur opposition.

8.

Evolution de la situation jusqu'en 2010

8.1. Au printemps 2007, le recourant a signalé une aggravation de son état de santé par l'intermédiaire de son nouveau médecin traitant, le Dr H. _____, spécialiste en médecine interne.

Celui-ci déclarait toutefois d'emblée : « *je n'ai pris en charge ce patient que depuis le 8 février 2007 et ne l'ai vu que trois fois à mon cabinet. Il m'est dès lors difficile de juger d'une éventuelle évolution* » (rapport du 24 avril 2007, dossier AI, p. 306).

Egalement interrogé, le Dr I. _____, nouveau psychiatre traitant, relevait pour sa part : « *nous observons une humeur déprimée et parfois irritée, amplifiée par des douleurs physiques importantes qui l'empêchent de s'installer confortablement durant les séances* » (rapport du 21 mai 2007, dossier AI, p. 314).

Une reprise du travail était cependant évoquée, qui serait même perçue comme une bonne chose : « *pronostic quant à la reprise d'un travail : cela dépend de l'évolution des troubles physiques. D'un point de vue psychiatrique, la reprise d'un travail serait bénéfique pour son équilibre psychique* » (rapport précité).

L'OAI a estimé que l'état de santé était stationnaire et a maintenu le quart de rente (cf. décision du 17 juillet 2007, dossier AI, p. 323).

8.2. A l'automne 2008, le Dr H. _____ s'est à nouveau adressé à l'OAI, considérant que la situation avait tout d'abord empiré au plan physique : « *globalement l'évolution de ce patient est défavorable en ce sens que les douleurs ont tendances à devenir toujours plus intenses et les limitations fonctionnelles de même. Un nouveau bilan radiologique des rachis cervicaux et dorsaux*

révèlent une augmentation des troubles dégénératifs (en particulier au niveau C6-CT) au niveau du rachis cervical alors que les troubles dégénératifs lombaires persistent de façon identique. Globalement les répercussions sont toujours assez importantes avec une limitation globale de la mobilité par rapport à celle d'un individu normal » (rapport du 28 octobre 2008, dossier AI, p. 340).

Par ailleurs, elle s'était également péjorée au niveau psychique, avec encore l'apparition de nouvelles difficultés sociales et personnelles et, tout particulièrement, la maladie de son épouse : *« Un état dépressif est patent, probablement difficilement accessible à un TTT dans la mesure où il est surtout la conséquence des affections somatiques de base, des difficultés économique sociales en général et de la survenue d'un sévère cancer du sein inflammatoire chez sa femme actuellement en chimiothérapie avant de pouvoir bénéficier d'une mastectomie complète »* (rapport précité).

Une réévaluation du taux d'invalidité était, selon le spécialiste, nécessaire.

Au mois de février 2009, il confirmait ses propos (rapport du 17 février 2009, dossier AI, p. 341).

8.3. L'OAI estimait toutefois que l'état de santé n'avait pas évolué et proposait de maintenir le quart de rente (communication du 2 octobre 2009).

Représenté désormais par son avocate, le recourant déposa des objections le 7 décembre 2009, concluant en substance à l'octroi d'une rente entière à partir du 1^{er} février 2009, subsidiairement à la mise sur pied d'une nouvelle expertise (dossier AI, p. 373 et ss).

Il se prévalait notamment d'un rapport de son psychiatre traitant, le Dr I. _____ qui précisait pour sa part : *« en octobre 2009, Monsieur nous a contacté à nouveau pour reprendre sa psychothérapie. La symptomatologie observée est celle d'un épisode dépressif d'intensité moyenne. A cette date-là, il reprend aussi son traitement médicamenteux (Saroten R 25 mg, Topamax 100 mg) »* (rapport du 24 novembre 2009, dossier AI, p. 386).

Nonobstant ces dernières objections, l'OAI a confirmé le quart de rente.

8.4. Il a en effet rendu plusieurs décisions dans ce sens à partir du mois de mai 2010 (dossier AI, p. 397 ss), dont une datée du 7 juillet 2010 (dossier AI, p. 419) et une autre du 22 octobre 2010 (dossier AI, p. 437), toutes deux notifiées à l'avocate du recourant, et confirmant le maintien dudit quart de rente à partir du 1^{er} novembre 2009, puis à partir du 1^{er} octobre 2010.

Le recourant ne les a pas contestées.

Le 8 septembre 2011, il a cependant indiqué, par la voie de son avocate, qu'il attendait que l'OAI statue sur ses objections du 7 décembre 2009 (dossier AI, p. 449).

L'avocate a rappelé l'OAI le 21 février 2013.

Qui lui a écrit le 11 mars 2013, pour lui dire que ses objections de 2009 allaient être traitées, lui remettant à cet égard un nouveau formulaire de demande de révision.

9.

Révision et première suppression du quart de rente en 2015

Au mois de juillet 2013, le Dr H. _____ indiqua que l'état de santé du recourant s'était aggravé sur un plan psychique depuis l'automne 2008, mais surtout depuis le mois de septembre 2010, après le décès de son épouse (rapport du 4 juillet 2013, dossier AI, p. 483).

9.1. L'OAI mandata alors de nouveaux experts.

9.1.1. Dans son rapport du 17 décembre 2013, le Dr J. _____, spécialiste en rhumatologie et en médecine interne, concluait à l'existence, au plan physique, d'une pleine capacité de travail dans le cadre d'une activité adaptée, avec une baisse de rendement de 25%, excluant à cette occasion toute aggravation de l'état de santé depuis 2005, aucun changement n'étant par ailleurs survenu dans la prise en charge du cas depuis l'année 2008 : *« le status de ce jour met en évidence un syndrome cervico-brachial et lombo-vertébral sans signe radiculaire irritatif ou déficitaire. On note une bonne trophicité musculaire, les amplitudes articulaires sont conservées. La mobilité du rachis est cependant limitée en tiers de course mais ne s'est pas péjorée par rapport au status décrit dans l'expertise de mai 2005. Il n'a par ailleurs pas nécessité de prise en charge physiothérapeutique ou de changement thérapeutique depuis 2008. Il n'y a pas de signe parlant en faveur d'une atteinte systémique ou inflammatoire. On note la présence de trois sur cinq signes de non organicité selon Waddell mais pas de point de fibromyalgie. Du point de vue paraclinique, le bilan radiographique reste rassurant, par rapport au bilan décrit en 2005, il n'y a pas de péjoration. On note un status post spondylodèse L5-S1, il n'y a pas de signe de descellement, il n'y a pas de troubles dégénératifs antérieurs ou postérieurs. Au niveau cervical, on note une discopathie C6-C7 par ailleurs connue. Il n'y a pas de troubles dégénératifs antérieurs ou postérieurs. L'ultrasonographie des épaules est également dans les normes. Il n'y a pas de collection liquidienne intra-articulaire au niveau de la bourse, il n'y a pas de signe de tendinopathie, de rupture, même partielle »* (expertise J. _____ 2013, dossier AI, p. 566).

Il se distanciant ainsi des observations du Dr H. _____, relevant sur ce point certaines incohérences entre les plaintes du recourant et le traitement proposé : *« Cette appréciation se différencie de celle du Dr H. _____, qui estime en 2008 que la situation asséculoologique ne correspond pas à la réalité. Il n'y a, à notre avis pas de signe parlant en faveur d'une atteinte inflammatoire ou systémique, il n'y a pas de signe parlant en faveur d'une péjoration de la situation tant radiologique que clinique par rapport au bilan effectué en mai 2005, lors de l'expertise COMAI. L'assuré se meut et s'habille de manière fluide, il monte et descend deux étages d'escaliers sans allégation douloureuse, il peut rester assis durant l'entretien sans opter de position antalgique, il n'y a pas d'amyotrophie. Par ailleurs, il n'a pas dû bénéficier d'une prise en charge physiothérapeutique, balnéothérapeutique, infiltratoire ou d'amplification de la médication, ce qu'on aurait pu l'attendre en cas de péjoration de la situation. Dès lors, force est donc de constater une certaine discordance entre les plaintes de l'assuré, l'impotence fonctionnelle qu'il décrit dans ses activités de la vie quotidienne et professionnelle et l'examen clinique et paraclinique effectués jusqu'à ce jour »* (expertise J. _____ 2013, dossier AI, p. 566).

Dans ces conditions, demeurerait exigible à plein temps, et ce depuis 2002, *« une activité à 100% telle que citée dans l'expertise de 2005 »* (expertise J. _____ 2013, dossier AI, p. 568).

Il précisera plus tard qu'il n'y avait aucun argument radiologique et clinique pour justifier d'une baisse de rendement de 25%, une telle baisse de rendement n'ayant pas été retenue en 2005 au plan physique (cf. complément du 6 février 2015, dossier AI, p. 614).

C'est dès lors à une pleine capacité de travail sans perte de rendement qu'il concluait, cela dans le cadre toutefois d'une activité légère adaptée.

9.1.2. Dans son rapport du 14 août 2014, le Dr C. _____, a quant à lui retenu l'existence d'un « *trouble douloureux associé à la fois à des facteurs psychologiques et une affection médicale générale chronique* » ainsi qu'un « *épisode dépressif majeur récurrent, actuellement en rémission* » (expertise C. _____ 2014, dossier AI, p. 547).

Le processus normal de deuil après le décès de son épouse serait le signe de l'absence de toute maladie psychiatrique grave, en dépit de la présence d'une seule dysthymie : « *Depuis le décès de son épouse en septembre 2010, le processus de deuil semble avoir pu se dérouler normalement, Monsieur étant très entouré par sa famille. L'assuré vit dans un 3 1/2 pièces, assume toutes ses tâches ménagères car il ne dispose pas de femme de ménage. Il a une vie sociale et familiale qui est relativement satisfaisante. L'examen clinique ne plaide plus en faveur d'une symptomatologie sévère. Il n'y a pas d'anhédonie, d'aboulie ou d'apragmatisme marqués. Les plaintes physiques paraissent surinvesties, mais Monsieur ne paraît ni dolent, ni très limité lorsque nous l'examinons. La symptomatologie thymique rentre dans le cadre éventuellement d'une dysthymie. On peut probablement évoquer le diagnostic d'un trouble douloureux associé à la fois à des facteurs psychologiques et une affection médicale générale chronique, puisqu'il persiste depuis plus de six mois. (...) Nous n'avons pas d'arguments en faveur d'un trouble majeur de la personnalité assimilable à une atteinte à la santé mentale. Certes, Monsieur était probablement dépendant de son épouse et de sa famille. Il n'y a pas d'arguments pour évoquer une personnalité état limite, comme relevée [par] le Dr I. _____ [en 2007]. En effet, jusqu'en 2001, Monsieur a toujours bien fonctionné au niveau professionnel, personnel et familial. Par la suite, certes, il reste relativement dépendant de son épouse, mais il faut dire qu'il ne maîtrise que très peu le français et qu'il a été peu scolarisé. En particulier, il n'y a pas de notion d'instabilité, de conduites abandonniques ou à risque, d'un mauvais contrôle pulsionnel s'agissant par exemple de sa consommation d'alcool* » (expertise C. _____ 2014, dossier AI, p. 548).

L'expert observait enfin que l'état dépressif était en rémission depuis l'instauration, en 2011, d'un traitement plus adéquat : « *De surcroît, le Dr I. _____ retient le diagnostic d'un épisode dépressif d'intensité moyenne, mais le traitement médicamenteux prescrit est le Saroten 25 mg. A cette posologie, le Saroten (ou Amitriptyline) n'a aucune efficacité antidépressive, si ce n'est un léger effet antalgique sur le sommeil, ce qui n'est pas la moindre des contradictions. D'autre part, le Topamax 100 mg n'a pas d'indication ni pour les troubles de l'humeur, ni pour un épisode dépressif de gravité moyenne. En ce sens, il n'est dès lors guère surprenant qu'un traitement pharmacologique dans les règles de l'art introduit par le Dr K. _____ [en novembre 2011] ait pu permettre une évolution favorable de la symptomatologie dépressive qui était en grande partie, rappelons-le, réactionnelle aux soucis de santé de son épouse, tel que mentionné dans les différents rapports médicaux en notre possession* » (expertise C. _____ 2014, dossier AI, p. 550 + [548]).

La capacité médico-théorique serait ainsi entière « *au plus tard le 1^{er} janvier 2014, ceci dans toute activité adaptée aux limitations somatiques* », dès lors que « *la dysthymie n'est pas un trouble psychique classiquement invalidant, de même qu'une symptomatologie dépressive légère ne*

saurait valoir une incapacité de travail significative, ceci qui plus est dans une activité physique ne nécessitant pas la mise en œuvre de capacités cognitives complexes » (expertise C. _____ 2014, dossier AI, p. 550-551).

L'état de santé se serait en principe amélioré « *depuis la révision de rente du 17.07.2007* », mais l'expert concédait à ce sujet qu'il était « *difficile de le préciser, mais en tout cas depuis l'entretien auprès du Dr J. _____ et au vu de notre expertise, on peut estimer que depuis 2013 son état psychologique s'est progressivement amélioré* » (expertise C. _____ 2014, dossier AI, p. 554).

Il pensait néanmoins, à côté de tout cela, que la motivation pour retrouver du travail ne serait pas optimale : « *Vu la durée de l'incapacité de travail, l'âge de l'assuré, l'importance des bénéfices secondaires, il est probable que Monsieur soit peu motivé à rechercher un emploi* » (p. 551).

9.2. Sur la base de cette expertise, l'OAI a décidé le 23 février 2015 de supprimer le quart de rente (dossier AI, p. 616), ne retenant plus qu'un seul taux de 26% d'invalidité, celui-ci induit par le changement d'activité et un seul désavantage salarial de 10% subi à cette occasion.

10.

Nouvelles expertises psychiatriques

Dans le cadre d'un premier recours interjeté le 30 mars 2015 auprès du TC (605 2015 74), le recourant s'est prévalu d'une contre-expertise privée qu'il a demandée au Dr L. _____, psychiatre et psychothérapeute.

10.1. Dans son rapport du 2 mars 2015, celui-ci retient l'existence, principalement, d'un « *trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen à sévère* » (contre-expertise L. _____ 2015, dossier AI, p. 662).

Ce trouble existerait depuis janvier 2005, avec un effet durable sur la capacité de travail depuis 2008 et n'aurait pas présenté d'amélioration durable et significative depuis lors.

Il s'accompagnerait encore d'un « *trouble de la personnalité mixte à traits dépendants et impulsifs, constitué à l'âge adulte et décompensé depuis 2008* ».

Ces troubles auraient pour effet de supprimer toute capacité de travail : « *Les troubles psychiatriques présentés limitent toute capacité d'adaptation de l'expertisé à un contexte professionnel et même occupationnel. Monsieur présente un trouble dépressif récurrent ainsi qu'un trouble de la personnalité décompensé associé compromettant toute capacité d'adaptation à un milieu professionnel ou même occupationnel, sous peine d'aggravation pouvant mettre en péril le pronostic vital* » (contre-expertise L. _____ 2015, dossier AI, p. 665).

Cette mise en péril du pronostic vital s'expliquerait par des tendances suicidaires : « *Les limitations sur le plan social sont également présentes en lien avec les troubles psychiatriques présentés, l'évolution déficitaire pouvant conduire à une perte d'acquis relationnels et à un isolement psychique de l'expertisé, bien que le soutien familial organisé permette actuellement de maintenir un certain degré d'insertion sociale et vraisemblablement de prévenir un passage à l'acte suicidaire* » (contre-expertise L. _____ 2015, dossier AI, p. 665).

10.1.1. Il rappelle l'évolution de l'état de santé du recourant, limité au départ uniquement pour des atteintes physiques causées par deux accidents, sur lesquelles se sont greffés à partir de 2005

une composante psychologique, à l'époque assimilée à un trouble somatoforme : *« on relève sur le plan de la vulnérabilité psychosomatique la présence d'un premier traumatisme en 1995 avec lombalgies consécutives. Ce premier traumatisme n'a pas été considéré dans les précédentes expertises mais peut constituer un critère de vulnérabilité chez cet ouvrier peu qualifié ayant dû faire face à des atteintes répétitives de son schéma corporel. Il est ainsi vraisemblable que le deuxième traumatisme en 2001 avec atteinte cervicale ait pu constituer une atteinte majeure de son équilibre et de la confiance en ses compétences physiques. Les diagnostics retenus initialement retiennent uniquement des séquelles de l'accident avec troubles statiques, l'échec symptomatique d'une intervention vertébrale en 2002 pouvant également être considérée de mauvais pronostic. Les tentatives de réinsertion ont rapidement échoué par manque d'endurance et vraisemblablement de capacité d'adaptation et un premier épisode dépressif est retenu dans l'expertise de 2005 avec notion clinique dès janvier 2005, bien que l'expertise mette davantage l'accent sur une "composante somatoforme" amplifiée par ce trouble affectif »* (contre-expertise L. _____ 2015, dossier AI, p. 663).

La persistance, par la suite, de symptômes dépressifs auraient amené les psychiatres à affiner leur diagnostic : *« L'évolution subséquente est marquée par la persistance de symptômes dépressifs avec irritabilité et probables troubles du comportement à domicile, raison pour laquelle le rapport du Dr I. _____ de 2007 met davantage l'accent sur un trouble de la personnalité émotionnellement labile de type impulsif. Il est probable que cette impulsivité soit cependant davantage liée au vécu douloureux et déficitaire ainsi qu'à la symptomatologie dépressive chez un individu disposant de peu de ressources affectives et intellectuelles (« dépression masculine ») »* (contre-expertise L. _____ 2015, dossier AI, p. 663).

C'est à partir de l'année 2008, et l'apparition de la maladie de l'épouse du recourant, qui conduira à son décès en 2001, que l'état de santé psychique se serait aggravé au point de menacer la vie du recourant: *« Il est vraisemblable de postuler une aggravation significative sur le plan psychiatrique depuis la maladie oncologique dès 2008 suivie du décès de l'épouse, « pilier de la famille », en date du 15.9.2010. La perte de son épouse a certainement aggravé la symptomatologie dépressive avec une suicidalité latente depuis lors. Il est vraisemblable que le trouble de la personnalité mixte soit décompensé depuis lors avec influence sur la capacité de travail. Il est aussi vraisemblable de postuler qu'en l'absence d'un soutien familial organisé, l'expertisé aurait déjà mis fin à ses jours »* (contre-expertise L. _____ 2015, dossier AI, p. 663).

10.1.2. Plus précisément, le Dr L. _____ fixe ainsi l'évolution de la capacité de travail au cours des dernières années, qu'il considère comme limitée à 30-40% dès 2005 et l'expertise du COMAI (cf. contre-expertise L. _____ 2015, dossier AI, p. 666), puis à 50% à partir de 2008, et nulle depuis le décès de l'épouse en 2010: *« En ce qui concerne enfin l'évaluation du degré d'incapacité de travail imputable aux troubles psychiatriques présentés, il est vraisemblable de considérer que la présence d'un état dépressif moyen à sévère contre-indique une quelconque activité professionnelle en raison d'une diminution globale de la capacité d'adaptation et de la tolérance au stress avec risque clinique d'aggravation du trouble et possible menace vitale, surtout au vu de la suicidalité latente mais déjà bien mentalisée par l'expertisé (idées suicidaires récurrentes avec scénario létal facilement accessible). Ce critère semble rempli au plus tard depuis le décès de son épouse en date du 15.9.2010, mais la symptomatologie dépressive a évolué de manière récidivante depuis janvier 2005 avec une première aggravation suite au diagnostic de cancer chez l'épouse en 2008. En fonction de ces considérations, il est possible de retenir un degré d'incapacité de travail de 50% au minimum depuis 2008 avec une aggravation significative et*

déficitaire depuis septembre 2010 la capacité de réinsertion professionnelle semblant définitivement limitée à 100% depuis lors » (contre-expertise L. _____ 2015, dossier AI, p. 664).

Il atteste ainsi d'une péjoration progressive de la capacité de travail.

10.1.3. Ayant par ailleurs également contacté la Dresse M. _____, rhumatologue, au titre de co-experte, le Dr L. _____ retient enfin, sur la base de l'opinion de cette dernière, que toute mesure de réadaptation serait voué à l'échec : « *Un entretien de synthèse est réalisé en date du 11.12.14. Les experts conviennent d'une limitation principale découlant des troubles psychiatriques présentés, avec une influence déterminante sur la capacité de réinsertion professionnelle de l'expertisé. Ils relèvent en particulier que l'état de santé de l'expertisé s'est aggravé, et estiment que toute mesure de réinsertion professionnelle en l'état serait vouée à l'échec, avec risque d'aggravation de l'état de santé de l'expertisé, principalement son état de santé psychique* » (contre-expertise L. _____ 2015, dossier AI, p. 664).

10.2. Sur la base de ce dernier rapport, le SMR a suggéré de procéder à une nouvelle expertise psychiatrique.

Elle fut confiée au Dr B. _____.

Un choix contesté à l'époque par le recourant, qui n'avait toutefois pas eu gain de cause sur ce point devant la Cour de céans (cf. son jugement du 15 novembre 2016, 605 2016 88).

10.2.1. Dans son rapport du 29 avril 2017, le Dr B. _____ a estimé que « *le trouble dépressif récurrent était actuellement en rémission à un niveau de dysthymie* » et qu'il n'avait plus d'impact sur la capacité de travail depuis l'expertise psychiatrique du Dr C. _____ de 2014 (expertise B. _____ 2017, dossier AI, p. 813).

Il a commenté cet état de dysthymie : « *Il y avait un léger ralentissement (cf. application de l'échelle EDR), mais pas dans un registre significatif. Il a montré des signaux d'inconfort après environ 50 minutes d'examen, des ajustements du bassin et des jambes, une légère augmentation par la suite, mais sans plus. Il n'y avait pas de troubles cognitifs à constater et nous étions étonnés que sur le plan mnésique il a pu donner des détails de sa fratrie spontanément et avec beaucoup de précision. Sur le plan affectif, il était dans une thymie légèrement abaissée, même dans une énergie vitale légèrement abaissée mais pas du tout dans un état fixé. Il était proche des larmes précisément au moment où il parlait de son épouse, mais il pouvait regagner une expression aussi neutre et euthymique. De temps en temps, il était souriant. Nous avons donc constaté une certaine oscillation émotionnelle. Il était capable de résonance affective, toujours dans une certaine estime de lui-même* » (expertise B. _____ 2017, dossier AI, p. 810).

Cet état ne s'accompagnait selon d'aucune atteinte psychiatrique invalidante: « *Nous n'avons pas constaté des dysfonctionnements majeurs de personnalité. En particulier, il n'y avait pas de traces d'impulsivité. De ce fait, tout au plus, nous pouvons retenir des traits accentués et lesdits aspects de dépendance. L'application de l'échelle de dépression MADRS a montré une valeur à un niveau inférieur au niveau d'une dépression clinique légère. Nous avons effectué un monitoring médicamenteux (le premier dans tout l'historique de ce cas) qui a montré une observance correcte avec un taux sérique de la substance antidépressive dans la fourchette thérapeutique. On peut donc clairement déduire avec les éléments cliniques et que, de ce fait, si un état dépressif avait existé auparavant, il est au stade actuel correctement compensé à un niveau de dysthymie.*

Notons par ailleurs que cette notion correspond à ce que l'assuré a exprimé lui-même de son état émotionnel et de ses fluctuations » (expertise B. _____ 2017, dossier AI, p. 811).

10.2.2. Si le Dr B. _____ a certes estimé qu'il était difficile de se prononcer après coup sur la capacité de travail, il n'a pas totalement exclu qu'il y ait pu avoir une aggravation de l'état de santé entre les années 2008 et 2010-2011, mais celle-ci serait selon lui demeurée modeste : *« Il est toujours difficile voire souvent impossible de se déterminer rétroactivement sur une situation voire son déroulement. Dans cette situation précise, nous avons de plus à faire avec deux composantes : une comportementale (appelée aussi démotivation) et une autre rattachée à la problématique dépressive. Il est possible qu'il y a eu la dite aggravation ente 2008 et 2010 voire encore 2010 et 2011. Mais avec les constats d'aujourd'hui, très probablement, avec un traitement appliqué, il n'y a très certainement pas eu de décompensation avec un impact au-delà d'un 50% d'incapacité de travail sur le plan purement psychiatrique » (expertise B. _____ 2017, dossier AI, p. 811).*

Pour autant, et compte tenu du suivi médical et de l'absence de décompensation, il estime finalement que cela n'a pas été le cas : *« En faisant une extrapolation rétroactive, nous pensons plutôt que l'état émotionnel de l'assuré en question était correctement traité et aussi compensé entre 2012 et 2017 » (expertise B. _____ 2017, dossier AI, p. 811).*

10.2.3. Concernant l'impact, sur la santé psychique du recourant, de la maladie et du décès de l'épouse, il ne partage pas l'avis du Dr L. _____ : *« Il s'agit [...] d'une phase très pénible, psychologiquement lourde, mais pas forcément associée à un état dépressif grave. Dans le cas de Monsieur, il y a un aspect particulier qui a pris un peu plus d'importance. Sa femme a été toujours décrite comme très protectrice et l'assuré s'est beaucoup appuyé sur elle. Très certainement, dans toute sa vie, elle a représenté un étayage important, valide et qui pouvait contrebalancer ses propres faiblesses (comme dans beaucoup de couples par ailleurs). Il avait certainement quelques traits de dépendance, mais rien dans sa biographie a fait évoquer la suspicion d'un trouble clinique de personnalité. Par ailleurs, les critères de la CIM 10 pour un tel trouble ne sont absolument pas remplis vu sa bonne adaptation et la linéarité de son parcours. Il n'a pas décompensé à la mort de son épouse, bien que pendant longtemps il avait intérieurement le souhait encore de « la rejoindre ». Ce désir a toujours existé à l'instar des couples qui étaient très proches et où il y a la perte d'un des partenaires. Mais cette suicidalité est fluctuante, sous-jacente et a été bien contrebalancée par la suite avec les interventions de ses enfants et des familles » (expertise B. _____ 2017, dossier AI, p. 811).*

10.3. Le Dr B. _____ et le Dr L. _____ ont été réentendus.

Le Dr B. _____ a notamment déclaré le 10 juin 2017 que le recourant demeurerait capable d'entreprendre des actions: *« il fait par exemple des rangements, du jardin, il conduit un véhicule, il fait la cuisine, il voyage, il fait la lessive, il organise les contacts avec sa famille etc. (...) L'assuré nous a signalé l'aide de son fils dans [la gestion de ses affaires administratives], essentiellement car ce dernier est habitué et à l'aise avec l'informatique et l'ordinateur. Le fait qu'il se fasse aider (comme beaucoup de personne dans sa situation et son âge) n'est pas en soi une preuve d'incapacité » (dossier AI, p. 830).*

Quant au Dr L. _____, il a maintenu ses conclusions le 29 mai 2017, rappelant encore qu'*« il sied de relever un facteur de vie aggravant l'état de santé de l'expertisé en date du 15 septembre 2010, à savoir le décès de l'épouse. Une aggravation objective et attestée par le rapport médical du Dr H. _____ daté du 30.11.2010 de son état de santé en découle. Malheureusement, le*

Dr B._____ ne semble pas tenir compte de cette aggravation et tend à surestimer voire à banaliser la capacité de l'expertisé, pourtant limitée à plusieurs niveaux, à réaliser une intégration du deuil de son épouse. Ce point devrait effectivement être également considéré sur la base du suivi psychiatrique et psychothérapeutique au Centre Psycho-Social du RFSM à Fribourg dans un rapport actualisé. Il peut aussi être considéré que l'évaluation rétroactive de la capacité de travail demeure un exercice délicat pouvant aussi être soumis à une interprétation subjective d'un expert. Le respect scrupuleux des rapports médicaux à disposition semble néanmoins indispensable à la bonne réalisation de cet exercice » (dossier AI, p. 989).

Il se réfère ainsi, pour établir l'incapacité de travail, non seulement à sa propre contre-expertise de 2015, mais également aux indications des psychiatres qui ont continué à suivre le recourant.

11.

Autres rapports médicaux

11.1. Les spécialistes du Centre psycho-social ont ainsi indiqué à l'automne 2017 que le recourant, suivi depuis 2014 pour un trouble dépressif récurrent, présentait « *actuellement une fatigabilité extrême, une absence de plaisir, un manque de motivation, des difficultés de concentration, des perturbations du sommeil avec difficultés d'endormissement et réveils nocturnes avec cauchemar, des ruminations persistantes* » et que, dans ces conditions, « *une activité adaptée au handicap n'était pas possible* » (rapport du 28 novembre 2017, dossier AI, p. 892).

L'état serait demeuré stationnaire le 26 septembre 2018, ceci malgré la « *thérapie médicamenteuse et psychothérapeutique* » (dossier AI, p. 992).

Les spécialistes relevant à cet égard : « *nous constatons parfois une certaine amélioration de son état psychique et par la suite, une nette aggravation de son état* » et précisant enfin : « *vu son état psychique, Monsieur présente peu de motivation à reprendre une activité sur le marché libre* ».

Interrogés par la représentante du recourant, ils ont encore précisé que « *selon l'expert, Dr B._____, le patient présente un symptôme dépressif : « est parfois triste, ne présente pas de notion de la dépression ».* Selon notre observation, le patient présente un état de tristesse chronique et une notion de la dépression, selon lui, il n'y a pas beaucoup de choses qui lui font plaisir dans la vie. Selon le Dr B._____, il n'y a pas d'idéation suicidaire, mais selon notre observation, le patient a envie de rejoindre sa femme, comme mentionné aussi dans le rapport du Dr B._____ et cette envie de rejoindre sa femme est très présente ces derniers temps et parfois difficilement évitable par le patient » (rapport du 19 novembre 2018, dossier AI, p. 994).

11.2. Un dernier rapport actualisé, émanant des mêmes spécialistes traitant, a été produit à l'appui du recours.

Ceux-ci précisent que l'état du recourant est stationnaire sur le plan psychique, mais signalent tout de même une légère amélioration, le recourant ayant rencontré une nouvelle compagne : « *nous constatons que, ces derniers mois, l'état psychique s'est légèrement amélioré avec une reprise partielle de la joie de vivre, il a rencontré une nouvelle compagne avec qui il maintient une relation stable* » (rapport du 12 février 2019), tout cela malgré le fait qu'il ait encore perdu son père à la fin de l'année 2018, ce qui l'avait laissé dans un nouvel état de tristesse.

Pour autant, « *les plaintes sont toujours identiques et demeurent centrées sur ses douleurs physiques et son mal-être général* ».

A la question de savoir pourquoi on ne propose pas une hospitalisation au recourant, les spécialistes traitant répondent encore que « *l'hospitalisation n'est prise en considération uniquement en cas de crise aiguë. Dans la situation du patient, nous sommes dans le cadre d'une maladie chronique* ».

Ils précisent enfin avoir changé le traitement médicamenteux parce que le précédent aurait été inefficace : « *nous avons changé de molécule suite à une non-efficacité de l'adhérence thérapeutique sur le traitement précédent* ».

La capacité résiduelle de travail serait actuellement de 50% suite à cette « *légère amélioration de l'état de santé* », respectivement de « *sa situation relationnelle et familiale* ».

12.

Rapports de stage et suppression du quart de rente

Le recourant avait effectué un nouveau stage au Centre d'intégration professionnelle du 4 septembre 2017 au 3 décembre 2017, durant lequel il n'a pas pu mettre totalement en valeur sa capacité de travail : « *il a énormément de difficultés à se projeter dans une reprise d'activité professionnelle et doute de pouvoir augmenter son pourcentage. En effet, il fait le constat qu'un 50 % est déjà dur pour lui, tant en terme de douleurs physiques que de fatigue. En outre, il est encore très affecté par le décès de son épouse. (...) Malgré les efforts fournis, celui-ci n'est pas parvenu à atteindre les objectifs demandés par l'office AI. (...) Il est arrivé à plusieurs reprises avec des certificats médicaux* » (rapport du 31 octobre 2017, dossier AI, p. 883).

A l'issue d'un second stage au Centre d'intégration professionnelle du 1^{er} mai 2018 au 31 juillet 2018, l'absentéisme était encore plus important et la motivation paraissait définitivement entamée : « *Après trois mois de préparation à une activité professionnelle, nous constatons que l'assuré a un taux d'absentéisme de 27%. D'après les dires de Monsieur il n'est pas envisageable pour lui de retourner dans l'économie libre. (...) Il se montre complètement perdu et désespéré face à la suppression de la rente AI. Sans cette ressource financière, il a peur d'être une charge pour ses enfants ce qu'il ne peut envisager et parle même de suicide. A ce sujet, il accepte que j'en informe son médecin psychiatre exerçant au centre psychosocial du RFSM. Cette dernière se dit surprise que la rente va être supprimée : elle n'en était pas informée. Elle pensait à l'inverse que sa rente allait être augmentée en référence à un rapport qu'elle avait envoyé à l'AI. (...) Au vu de ce qui précède et d'entente avec sa conseillère AI, il a été décidé que Monsieur termine sa mesure comme prévu au 31 juillet 2018 et qu'aucune mesure ne sera reconduite. D'après les dires de Monsieur, il ne se voit pas travailler dans l'économie libre* » (rapport du 24 juillet 2018, dossier AI, p. 932 ss).

C'est après cela que le quart de rente a été supprimée dans la décision querellée du 17 janvier 2019 (dossier AI, p. 1006).

13.

Discussion

En substance, le recourant, dont l'OAI propose de supprimer le quart de rente, prétend qu'il aurait au contraire eu droit à trois-quarts de rente, voire à une rente entière depuis l'année 2009, puis sûrement à une rente entière dès la fin de l'année 2010.

Dans tous les cas de figure, il s'oppose à la suppression de son quart de rente dont il demande, à titre subsidiaire, au moins le maintien.

Au vu des rapports médicaux qui précèdent, il ne saurait être suivi dans ses conclusions principales.

13.1. Tout d'abord, il s'agit de constater que le quart de rente a été octroyé à la suite de l'instruction complète d'une demande de rente initiale qui ne concernait au départ qu'une seule problématique physique en 2002, celle-ci se répercutant progressivement, à partir de l'année 2005, au plan psychique.

Une première expertise bi-disciplinaire réalisée à cette période a en effet reconnu une limitation de la capacité de travail de l'ordre de 30 à 40 %, non pas en raison de l'atteinte physique décelée au départ, mais pour des raisons uniquement psychiques, ce qui a entraîné la reconnaissance d'un degré d'invalidité de 47% et l'octroi du quart de rente.

Le dernier rapport émanant des spécialistes traitants, produit à l'appui du recours et datant du mois de février 2019, indique que la situation n'a pas véritablement changé, que certes l'état de santé psychique s'est amélioré pour des raisons plutôt personnelles (rencontre d'une nouvelle compagne), mais que le recourant demeure tout de même centré dans ses plaintes sur ses douleurs physiques.

Si l'on se basait sur ce seul dernier rapport, l'on retrouverait ainsi aujourd'hui peu ou prou le même tableau qui avait été constaté par les premiers experts en 2005.

Que la capacité de travail soit aujourd'hui estimée à 50% par les psychiatres traitant en raison de la survenance d'une seule « *légère amélioration* » de l'état de santé, cela tend par ailleurs à remettre en cause leur appréciation passée d'une capacité de travail entièrement nulle, soit deux appréciations contradictoires concernant un état de santé qu'ils jugent pourtant aujourd'hui stationnaire.

13.2. Comme l'a fort justement relevé le Dr B. _____ dans son expertise, il est difficile d'estimer rétroactivement une capacité de travail.

C'est d'autant plus difficile dans le cas du recourant, qui empêché au départ pour des atteintes à la santé physique qualifiées trois ans plus tard de non-invalidantes et dont personne ne conteste le peu de gravité, n'a jamais repris le travail dans une activité adaptée, comme on aurait pu l'exiger de lui en vertu de son obligation de diminuer le dommage.

Les premiers entretiens de septembre 2002 avec l'OAI démontrent une incapacité de sa part à se projeter dans l'avenir (pt. 7.2.), ce qui atteste probablement d'un manque de motivation qui se lit dans la plupart des rapports médicaux, manque de motivation qui a du reste été observé par le premier médecin traitant en 2004 déjà (« *coopération médiocre* », pt. 7.3.) et qui apparaît aussi à

la lecture des rapports de stages lesquels se sont tous soldés par des échecs, en 2003, comme en 2017 et 2018.

Ce manque de motivation, alimenté peut-être par des ressources intellectuelles limitées (cf. pt. 7.4.2), est demeuré inchangé avec le temps et l'on peut ainsi se figurer qu'il a contribué à cristalliser l'état du recourant, centré aujourd'hui encore sur ses douleurs physiques.

Quoi qu'il en soit, dans la mesure où la capacité de travail n'était alors entravée que de 30 à 40% tout au plus, selon une estimation des experts de 2005 que le contre-expert L. _____ a du reste implicitement confirmée en 2015, l'inactivité professionnelle totale du recourant depuis 2002 ne s'explique pas pour des raisons médicales, à tout le moins pas entre le moment où il s'est vu allouer un seul quart de rente et jusqu'à la fin de l'année 2008, date à laquelle selon lui son état de santé se serait aggravé.

13.3. Pour la suite, il devient quasiment impossible de mesurer cette aggravation, puisqu'elle ne ressort d'aucune incapacité de travail supplémentaire qui aurait pu être concrètement constatée dans le monde du travail.

Un renvoi du dossier à un nouvel expert psychiatre, charge à lui de se pencher sur une période datant aujourd'hui de plus de dix ans, ne paraît dans ces conditions guère envisageable.

Il convient ainsi bien plutôt de se référer aux appréciations, au demeurant fouillées, claires et parfaitement détaillées, des experts figurant au dossier et sur ce point, force est d'admettre que la majorité d'entre eux (à savoir le Dr J. _____, le Dr C. _____ puis le Dr B. _____, à la seule exception du Dr L. _____, contre-expert privé), ont estimé que la capacité de travail était entièrement recouvrée à partir de l'année 2013, indiquant au surplus que la symptomatologie dépressive s'atténuait déjà à la fin de l'année 2011 avec l'instauration d'un nouveau traitement médicamenteux plus approprié (pt. 9.1.2).

Ils ont, cela étant, douté que l'état du recourant ait pu générer, à partir de la fin de l'année 2008, une incapacité de travail sensiblement plus importante que les 30 à 40% mesurés en 2005.

Le Dr B. _____ a tout particulièrement exclu que la maladie de l'épouse, respectivement le décès de cette dernière au mois de septembre 2010, ait eu pour conséquence de réduire à néant la capacité de travail du recourant qui aurait été atteint à partir de ce moment de tendances suicidaires et dont l'état dépressif serait alors devenu aigu, comme le soutient le Dr L. _____ (cf. pt. 10.1.1. in fine).

A cet égard, il y a lieu de relever, d'une part, que l'état de santé du recourant était déjà figé en 2008, lorsqu'est apparue la maladie de son épouse.

D'autre part, et si l'on se fie à nouveau au dernier rapport des psychiatres traitants, un tel état de crises aiguës, voire une décompensation des troubles de personnalité mixte à traits dépendants et impulsifs, telle que signalée par le Dr L. _____ (cf. pt. 10.1), aurait probablement nécessité une hospitalisation en milieu psychiatrique, laquelle ne semble jamais avoir été requise ni même demandée, le recourant souffrant plutôt, toujours selon ce dernier rapport, d'une maladie psychique chronique.

Il aurait au contraire, selon le Dr B. _____, été en mesure de faire face à ce deuil en puisant dans le réconfort familial prodigué par ses enfants.

L'existence d'une maladie psychiatrique invalidante secondaire causée par la maladie puis le décès de son épouse en 2010 ne peut ainsi être établie au degré de la vraisemblance prépondérante applicable.

Par conséquent, une aggravation de son état de santé à cette période ne saurait être reconnue.

Les objections soulevées en 2009 par le recourant, déjà assisté à l'époque par son avocate, objections au demeurant renouvelées dans le cadre de son mémoire sont ainsi implicitement écartées.

Le maintien du quart de rente avait du reste été notifié en 2010 à l'avocate qui n'avait pas formellement recouru contre cette décision, ni même profité de l'occasion pour immédiatement rappeler à l'OAI qu'il ne s'était pas encore prononcé sur ses objections, de sorte que tout éventuel vice de forme commis à l'époque ne saurait manifestement plus être invoqué dans le cadre de la présente procédure.

13.4. La pénible épreuve rencontrée par le recourant au moment du décès de son épouse est un malheureux facteur de vie, ne sachant encore constituer une atteinte médicale invalidante au sens de la loi, tout par ailleurs comme la nouvelle rencontre, qui a pu lui redonner une certaine joie de vie, ne saurait en soi être susceptible de soigner un état dépressif récurrent.

Ce qui donne par ailleurs une crédibilité aux experts qui ont retenu l'existence, chez le recourant, d'une seule dysthymie, probablement plus encline à subir l'influence, sur le court ou le moyen terme, des épreuves ou des réussites personnelles.

Ces faits de vie constituent manifestement des facteurs extra-médicaux, comme du reste le manque de motivation cité plus haut et demeuré inchangé entre 2003 et 2018, tel qu'observé non seulement par les médecins et les experts, mais aussi quand le recourant accomplissait des stages professionnels.

Le fait, enfin, que l'état de santé soit par la suite demeuré stationnaire en dépit d'une thérapie régulière, démontre que la médecine semble avoir eu peu de prise sur le recourant, lequel a même été un temps soupçonné d'entretenir son état de santé en le simulant (cf. pt. 7.3.).

Les experts relevaient en tous les cas en 2005 que les traitements n'étaient plus efficaces au plan physique (pt. 7.4.1.) et le traitement médicamenteux a dû être changé à deux reprises, en 2011 (pt. 9.1.2.) puis en 2018 (pt. 11.2.).

14.

La question qui demeure ouverte est de savoir si la suppression totale du quart de rente se justifie.

Si celle-ci semble certes être étayée par les conclusions de la majorité des experts, il n'en demeure pas moins que, dans les faits, la situation reste plus ou moins superposable à celle observée en 2005 au moment de l'octroi du quart de rente, confirmé par la suite à plusieurs occasions.

Nous sommes en effet toujours en présence d'un assuré ayant eu au départ une atteinte physique, possiblement dégénérative, à l'encontre de laquelle les traitements sont demeurés inefficaces, et dont a résulté, en 2005, une situation globalement déjà figée par un important déconditionnement.

Si le manque de motivation était déjà présent, des limitations pouvaient néanmoins alors être imputées à une atteinte à la santé psychique.

Il paraît, cela étant, difficile aujourd'hui, plus de 15 ans après l'octroi de la rente, de supprimer totalement le quart de rente en ne se basant que sur la seule amélioration de cet état psychique.

Le recourant est en effet âgé aujourd'hui de presque 62 ans et il est sans doute illusoire de penser qu'il puisse un jour reprendre le travail.

Ceci alors même que son état de santé physique, qui pourrait aujourd'hui justifier des limitations plus importantes qu'autrefois, n'a plus fait l'objet d'un examen sérieux depuis celui du Dr J. _____, qui, dans un premier temps, avait paru cautionner une diminution de rendement de l'ordre de 25% et qui était revenu par la suite sur ses déclarations (pt. 9.1.1.).

Or, une nouvelle expertise (de la sphère physique) ne saurait avoir pour effet que de relancer les débats dans un dossier soumis pour la première fois à la Cour en 2015 et qui comporte déjà plus de 1000 pages.

A côté de cela, il est à peu près inimaginable que les ressources intellectuelles du recourant, également considérées comme limitatives par les experts en 2005, lui permette de prodiguer des efforts que l'on a dans les faits renoncé depuis longtemps à exiger de lui, puisqu'il n'a jamais retrouvé du travail en dépit de l'existence chez lui, d'une capacité résiduelle de travail de l'ordre de 60 à 70%.

Enfin, le lent déconditionnement susceptible d'expliquer la fatigue alléguée par les psychiatres traitants ainsi que les ralentissements observés durant les stages professionnels sont autant de circonstances qui justifieraient probablement que soit encore opérée, sur le revenu d'invalidé qu'il y aurait encore lieu de comparer, une limitation maximale de 25% pour cause de désavantage salariale.

Si l'on tient compte du fait, comme il a été dit plus haut, que les choses semblent figées depuis 2005, la suppression du quart de rente ne fait dans un tel contexte plus grand sens et apparaît inopportune.

L'on peut dès lors suivre finalement le recourant sur ce dernier point, qu'il soulève également implicitement.

15.

Il résulte de tout ce qui précède que si une aggravation de l'état de santé, présente comme passée, ne peut pas être retenue en l'espèce, la suppression totale du quart de rente apparaît, dans le même temps, comme inopportune au vu des circonstances.

Partant, le recours est très partiellement admis dans le sens des conclusions secondaires et la décision querellée est annulée, le quart de rente étant maintenu.

15.1. Les frais de justice, fixés à CHF 800.- sont mis à la charge de l'OAI.

Dans le même temps, l'avance versée par le recourant lui est restituée.

15.2. Une équitable indemnité de partie est enfin allouée au recourant.

Dans la mesure où les arguments qu'il a soulevés ont été assez largement écartés, mais que seules ses conclusions secondaires ont été suivies, l'indemnité à laquelle il a droit serait réduite en conséquence.

Raison pour laquelle elle est en l'espèce fixée par un unique forfait de CHF 3'000.-, sur lequel est encore ajouté une TVA de 7,7%, pour un montant total de CHF 3'231.-.

Celui-ci est mis à la charge de l'OAI qui très partiellement succombe.

la Cour arrête :

I. Le recours est très partiellement admis.

La décision querellée est annulée et le quart de rente maintenu.

II. a. Des frais de procédure, par CHF 800.-, sont mis à la charge de l'OAI qui succombe.

b. Les CHF 800.- avancés par le recourant le 1^{er} avril 2019 lui sont restitués.

III. Une indemnité de partie de CHF 3'231.- (TVA de CHF 231.- comprise) est versée au recourant, en mains de sa mandataire.

Elle est mise à la charge de l'OAI.

IV. Notification.

Pour la suspension des délais de recours liée au Covid-19, se référer aux ordonnances du Conseil fédéral, cas échéant du Tribunal fédéral en consultant le site de ce dernier.

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 18 mars 2020/mbo

Le Président :

La Greffière-stagiaire :