



**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

608 2018 150

Arrêt du 9 juillet 2019

II^e Cour des assurances sociales

Composition

Président : Johannes Frölicher
Juges : Anne-Sophie Peyraud, Marc Sugnaux
Greffier-rapporteur : Philippe Tena

Parties

A. _____, **recourant**, représenté par Me Charles Guerry, avocat
contre

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

Objet

Assurance-invalidité; révision

Recours du 30 mai 2018 contre la décision du 2 mai 2018

considérant en fait

A. A. _____, né en 1969, est domicilié à B. _____. Le 10 août 1990, alors qu'il travaillait en tant qu'aide-charpentier pour le compte d'une entreprise de menuiserie et charpente, pour une durée déterminée de quatre mois, il a fait une chute de sa hauteur dans un escalier en dévalant cinq marches, se réceptionnant sur le poignet gauche. Une fracture du scaphoïde a été diagnostiquée.

Ce cas a été pris en charge par C. _____, auprès de laquelle il était assuré, par le biais de son employeur, contre les accidents professionnels et non professionnels ainsi que contre les maladies professionnelles.

Par décision du 19 février 1998, C. _____ lui a reconnu le droit à un quart de rente depuis le 1^{er} septembre 1997, fondée sur un degré d'invalidité de 40%.

B. Le 14 octobre 1991, parallèlement à la procédure devant l'assurance-accidents, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg (ci-après: OAI).

Entre 1993 et 1995, il a bénéficié de plusieurs stages d'observation et d'essai dans différents domaines ainsi que d'un reclassement professionnel en tant que coiffeur. Ce reclassement a été interrompu pour des raisons médicales.

Suite à un autre stage d'essai en tant qu'aide cuisinier, l'OAI lui a reconnu le droit à un reclassement dans ce domaine entre le 28 août 1995 et le 31 août 1997 auprès de l'auberge D. _____ à E. _____. En septembre 1997, l'assuré a été engagé en tant qu'aide cuisinier à plein temps au sein de cette auberge.

Par décision du 6 janvier 1998, l'OAI a rejeté la demande de rente, se fondant sur un degré d'invalidité de 37.7%. Par arrêt du 16 septembre 1999, le recours (5S 98 267) interjeté par l'assuré – limité à la seule problématique du revenu de valide – a été admis par le Tribunal cantonal. L'assuré s'est vu reconnaître le droit à un quart de rente sur la base d'un degré d'invalidité de 40.31%.

Il a changé d'employeur en février 1998 et commencé une activité de vitrier à 100% en juillet 1998.

C. Courant 1998, l'assuré aurait fait plusieurs chutes avec réception sur le poignet gauche. En outre, le 10 avril 1999, il a chuté et est tombé sur le dos en réduisant du bois, souffrant de contusions. Durant cette période et par la suite, des périodes d'incapacités de travail totales ou partielles ont été médicalement attestées, en dernier lieu à 100% depuis décembre 1999.

Ces nouveaux cas ainsi qu'une rechute de l'accident du 10 août 1990 ont été annoncés à C. _____, qui les a pris en charge.

D. Le 29 mai 2000, l'assuré a informé l'OAI que son état de santé s'était aggravé et qu'il ne pouvait plus travailler qu'à 50% en raison des suites de l'accident d'avril 1999 ainsi que de troubles lombaires.

Par communication du 16 octobre 2000, l'OAI a fait bénéficier son assuré d'un stage d'observation en internat auprès de F. _____ du 26 mars au 20 avril 2001, repoussé du 13 août au 7 septembre 2001. Ce stage a été interrompu prématurément pour des motifs médicaux.

Par décisions des 17 avril, 26 juin et 14 novembre 2002, l'OAI lui a reconnu le droit à une rente d'invalidité entière dès le 1^{er} mai 2000, se fondant sur un degré d'invalidité de 88%.

Cette rente a été confirmée lors des procédures de révision ultérieures.

E. Dans le cadre d'une procédure de révision initiée en mars 2015, l'OAI a mandaté la société G._____ pour surveillance de l'assuré, laquelle a rendu un rapport le 15 janvier 2017.

Par la suite, avis pris auprès de son service médical régional (ci-après: SMR), l'OAI a diligenté une expertise bidisciplinaire auprès du Dr H._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et du Dr I._____, spécialiste en rhumatologie. Dans leurs rapports du 23 mai 2017 et du 4 juillet 2017, le premier conclut à l'absence d'atteinte psychiatrique invalidante alors que le second estime que l'assuré possède une capacité de travail de 60% comme vitrier, de 80% comme conducteur de véhicule et de 100% dans une activité adaptée.

Par courrier du 21 juillet 2017, l'OAI a informé l'assuré de son droit à obtenir un réentrainement au travail dans la mesure où il bénéficiait d'une rente depuis plus de 15 ans. Le 3 août 2017, l'assuré a indiqué accepter de participer à de telles mesures. Un stage au sein de J._____ a été mis sur pied du 16 octobre 2017 au 14 janvier 2018 mais a été interrompu le 19 décembre 2017.

Par décision du 2 mai 2018, reprenant un projet du 23 janvier 2018, l'OAI a supprimé la rente de l'assuré, se fondant sur un degré d'invalidité de 1%.

F. Contre cette décision, l'assuré, représenté par Me Charles Guerry, avocat, interjette recours devant le Tribunal cantonal le 30 mai 2018 concluant, avec suite de frais et dépens, principalement, au maintien de sa rente et, subsidiairement, à l'octroi d'un quart de rente.

A l'appui de son recours, il précise exercer une activité en tant que chauffeur de taxi à raison d'environ 2h30 par jour, ce qui correspondrait à un degré d'invalidité oscillant entre 72,87% et 87%. Il conteste, ensuite, les conclusions des expertises qui ne représentent, selon lui, qu'une nouvelle appréciation d'un état de fait inchangé. A cet égard, il soutient qu'il existe une grave irrégularité dans le volet psychiatrique, l'expert-psychiatre ayant fondé son raisonnement sur le fait qu'il aurait délibérément omis de se rendre au laboratoire, alors même qu'il s'y serait rendu. Il estime encore que la décision litigieuse est contraire à la règle de l'uniformité de la notion d'invalidité, faisant référence au fait que C._____ a retenu un degré d'invalidité de 40% uniquement pour ses troubles au poignet. Enfin, il se plaint de ce que la mesure de réinsertion proposée consiste, en substance, en une simple formalité préalable à la suppression de sa rente, ce que confirmerait le fait que l'OAI ait statué avant de recevoir les conclusions du stage. Or, à son avis, il appartenait à l'OAI d'examiner de façon concrète et minutieuse s'il avait besoin de mesures professionnelles pour réintégrer le marché du travail dans la mesure jugée exigible par les experts.

Dans ses observations du 17 septembre 2018, l'OAI propose le rejet du recours, renvoyant pour l'essentiel aux considérants de la décision litigieuse mais relevant avoir procédé de manière adéquate s'agissant du réentrainement au travail de son assuré.

Il sera fait état des arguments, développés par les parties à l'appui de leurs conclusions, dans les considérants de droit du présent arrêt, pour autant que cela soit utile à la solution du litige.

en droit

1.

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

2.

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

Selon l'art. 4 al. 1 LAI, dite invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident.

2.2. Les atteintes à la santé psychique – y compris les troubles somatoformes douloureux persistants ou fibromyalgie – peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA (art. 7 al. 2 2^{ème} phrase LPGA; ATF 141 V 281 consid. 3.7.1; 102 V 165; VSI 2001 p. 223 consid. 2b et les références citées; cf. également ATF 127 V 294 consid. 4c i. f.).

La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant selon les règles de l'art sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 141 V 281 consid. 2.1 et 2.1.1; 130 V 396 consid. 5.3 et 6). Etendant la pratique relative aux douleurs de nature somatoforme à l'ensemble des troubles d'ordre psychique (cf. ATF 143 V 409), la Haute Cour a souligné que l'analyse doit tenir compte des facteurs excluant la valeur invalidante de ces diagnostics (ATF 141 V 281 consid. 2.2, 2.2.1 et 2.2.2). On conclura dès lors à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable (par exemple une discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact) (ATF 141 V 281 consid. 2.2.1; 132 V 65 consid. 4.2.2; 131 V 49 consid. 1.2).

Selon l'ATF 141 V 281, la capacité de travail réellement exigible des personnes concernées doit être évaluée dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurée et sur la base d'une vision d'ensemble, à la lumière des circonstances du cas particulier et sans résultat prédéfini. Cette évaluation doit se dérouler en tenant compte d'un catalogue d'indices qui rassemble les éléments essentiels propres aux troubles de nature psychosomatique. La phase diagnostique doit mieux prendre en considération le fait qu'un diagnostic présuppose un certain degré de gravité. Le déroulement et l'issue des traitements thérapeutiques et des mesures de réadaptation professionnelle fournissent également des conclusions sur les conséquences de l'affection psychosomatique. Il convient également de bien intégrer la question des ressources

personnelles dont dispose la personne concernée, eu égard en particulier à sa personnalité et au contexte social dans lequel elle évolue. Jouent également un rôle essentiel les questions de savoir si les limitations alléguées se manifestent de la même manière dans tous les domaines de la vie (travail et loisirs) et si la souffrance se traduit par un recours aux offres thérapeutiques existantes.

3.

Selon l'art. 17 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée.

Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision. La rente peut ainsi être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain (ou d'exercer ses travaux habituels) ont subi un changement important (ATF 109 V 108 consid. 3b; 107 V 219 consid. 2; 105 V 29 et les références; VSI 1996 p. 188 consid. 2d). Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient lorsque la décision initiale de rente a été rendue avec les circonstances régnant à l'époque du prononcé de la décision litigieuse (ATF 130 V 351 consid. 3.5.2; 125 V 369 consid. 2 et la référence; voir également ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b).

Le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une révision correspond à la dernière décision qui repose sur un examen matériel du droit à la rente, avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit (ATF 133 V 108 consid. 5.4). Une communication, au sens de l'art. 74ter let. f RAI, a valeur de base de comparaison dans le temps si elle résulte d'un examen matériel du droit à la rente (cf. arrêts TF 9C_46/2009 du 14 août 2009 consid. 3.1 *in* SVR 2010 IV n. 4; 9C_910/2010 du 7 juillet 2011 consid. 3.2 *a contrario*).

4.

4.1. Dans le droit des assurances sociales, la règle du degré de vraisemblance prépondérante est généralement appliquée. Dans ce domaine, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 353 consid. 5b; 125 V 193 consid. 2 et les références citées; arrêt TF 8C_704/2007 du 9 avril 2008 consid. 2; ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).

Si, malgré les moyens mis en œuvre d'office par le juge pour établir la vérité du fait allégué par une partie, conformément au principe inquisitoire, ou par les parties selon le principe de leur obligation de collaborer, la preuve de ce fait ne peut être rapportée avec une vraisemblance prépondérante pour emporter la conviction du tribunal, c'est à la partie qui entendait en déduire un droit d'en supporter les conséquences (DTA 1996-1997 n.17 consid. 2a; 1991 n.11 et 100 consid. 1b; 1990 n.12 consid. 1b et les arrêts cités; ATF 115 V 113 consid. 3d/bb). Dans cette mesure, en droit des assurances sociales, le fardeau de la preuve n'est pas subjectif, mais objectif (RCC 1984 p. 128 consid. 1b).

4.2. Pour statuer, l'administration (ou le juge en cas de recours) a besoin d'informations que seul le médecin est à même de lui fournir. La tâche de ce dernier consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est capable ou incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; 114 V 310 consid. 3c).

En présence d'avis médicaux contradictoires, le juge doit apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt que sur une autre. Il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 125 V 351 consid. 3a; 122 V 157).

4.3. Lorsque des expertises confiées à des médecins indépendants sont établies par des spécialistes reconnus, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier et que les experts aboutissent à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 122 V 157 consid. 1c et les références). En outre, l'on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou un juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire (arrêt TF 9C_201/2007 du 29 janvier 2008).

Le caractère ponctuel d'une expertise ne saurait lui ôter toute valeur dans la mesure où le rôle d'un expert consiste justement à apporter un regard neutre et autorisé sur un cas particulier. Au demeurant, l'appréciation de l'expert ne repose pas uniquement sur les observations qu'il a directement effectuées mais tient compte de l'intégralité du dossier médical mis à sa disposition, ce qui permet au praticien d'avoir une représentation complète de l'évolution de la situation médicale (arrêt TF 9C_844/2009 du 29 mars 2010 consid. 4.3).

Il y a lieu d'attacher plus de poids à l'opinion motivée d'un expert qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin traitant dès lors que celui-ci, vu la relation de confiance qui l'unit à son patient, est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour lui (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées).

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

5.

En l'espèce, le litige porte sur la question de savoir si l'état de santé du recourant s'est amélioré au point de justifier qu'il soit mis fin à son droit aux prestations AI, respectivement si la mise sur pied d'une expertise est nécessaire.

5.1. La décision du 14 novembre 2002, qui fait référence aux décisions du 17 avril et 26 juin 2002 et lui reconnaît le droit à une rente entière d'invalidité pour l'avenir, constitue le point de départ temporel. Il s'agit en effet de la dernière décision entrée en force qui repose sur un examen matériel du droit à la rente, étant rappelé que le moment où a été rendue la décision litigieuse délimite l'état de fait déterminant pour examiner la légalité de l'acte attaqué (cf. ATF 132 V 215 consid. 3.1.1; 129 V 1 consid. 1.2).

Partant, il s'agit de comparer ici les faits qui prévalaient lors de l'octroi de la rente entière en 2002 avec ceux existant au moment de la décision attaquée plus de quinze ans plus tard. En d'autres termes, il s'agit de vérifier si l'état de santé du recourant s'est ou non modifié entre ces deux dates au point d'entraîner une diminution de sa perte de gain.

5.2. La décision de 2002 n'était pas clairement motivée de sorte qu'il convient de se référer directement aux pièces du dossier.

A l'époque, l'OAI avait fait bénéficier son assuré d'un stage d'observation en internat auprès de F. _____, dans un premier temps du 26 mars au 20 avril 2001. Après une semaine, ce stage avait été interrompu pour des motifs médicaux. Un second stage a été organisé du 13 août au 7 septembre 2001 mais a, de nouveau, été interrompu prématurément pour des motifs médicaux. Les responsables des stages faisaient alors état de nombreuses absences, d'horaires incomplets ainsi que de très nombreuses pauses durant le temps de travail. Ils décrivaient un assuré très plaintif avec un *"certain potentiel d'acquisition"* et en *"mesure d'assumer une activité à plein temps"* en cas de sollicitation épisodique de la main gauche. Globalement, indiquant *"un certain ralentissement"* et un *"comportement général au travail [qui] démontrait un certain trouble"* dont la raison ne pouvait être expliquée, ils estimaient le rendement *"aux environs de 50 % dans l'exécution de tâches exemptes d'efforts physiques importants, sur une journée entière"* (dossier OAI, p. 510, 537 et 547).

Le médecin-conseil du centre, la Dresse K. _____, spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie, diagnostiquait *"des troubles statiques, une protrusion discale L5-S1, un canal lombaire relativement étroit et une discrète discopathie D12-L1, sans syndrome radiculaire"*. Elle constatait qu'il existait *"une ambiguïté certaine entre les résultats [...] obtenus, les qualités tant intellectuelles que manuelles [...], l'absence de limitation physique réelle, et les nombreuses plaintes émises par le patient, son absentéisme massif et son manque d'engagement personnel dans quelque activité que se soit"*. Cela la motivait à estimer que seule une problématique d'ordre psychologique pouvait justifier le rendement de 25%, proposant un examen psychiatrique approfondi (rapports des 6 avril et 7 septembre 2001, dossier OAI, p. 510 et 547).

5.3. Les autres médecins somaticiens s'accordaient avec l'appréciation du médecin du centre. L'on précise que, sur ce plan, le recourant se plaignait principalement de troubles d'ordre orthopédique en lien avec son poignet et de troubles d'ordre rhumatologique sous la forme de douleurs dorsales.

S'agissant du premier type de troubles, Dr L. _____, spécialiste en chirurgie, médecin d'arrondissement de C. _____, évoquait une *"importante limitation fonctionnelle du poignet gauche, une diminution de la force de la main et une amyotrophie du membre supérieur gauche y compris de la main"*. Cependant, il ne voyait aucune contre-indication à l'exercice d'une activité adaptée, faisant référence à un poste d'aide de cuisine à temps plein (rapport du 17 septembre 1996, dossier OAI, p. 332). La Dresse M. _____, spécialiste en chirurgie, en chirurgie de la main et en chirurgie plastique, reconstructive et esthétique, faisait à cet égard état

d'un rendement inférieur à 100% (rapport du 30 septembre 1998, dossier OAI, p. 440). Le Dr N. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et en chirurgie de la main, diagnostiquait un status après ostéosynthèse scaphoïde carpien gauche. Ce trouble causait des douleurs en fin de course d'extension et de déviation radiale du poignet mais ne devait pas empêcher la réalisation d'un stage à temps plein (rapports des 25 janvier 2000 et 28 septembre 2000, dossier OAI, p. 425 et 504; cf. ég. p. 424, 435 et 517).

Quand au second type de troubles, le Dr O. _____, généraliste, faisait état notamment d'un *"syndrome lombo-vertébral"*. Selon lui, ce syndrome limitait son patient dans l'exercice d'une activité lucrative. Cependant, il évoquait la possibilité – non quantifiée – de l'exercice d'une activité sans port de charges de plus de 20 kg, permettant l'alternance des positions et dans un environnement sans froid et humidité (rapports des 27 août 2000 et 3 juin 2001, dossier OAI, p. 485 et 518). Cet avis était partagé par le Dr P. _____, spécialiste en médecine physique et réadaptation et en rhumatologie, et ses collègues de Q. _____, ceux-ci ne faisant pas état de limitation dans l'exercice d'une activité non contraignante pour le dos et sans port de charges lourdes (rapports du 19 février, du 16 juin et du 7 août 2000, dossier OAI, p. 409, 442 et 459; cf. ég. p. 461 et 480). Enfin, l'on précise que le Dr R. _____, spécialiste en neurologie, n'attestait d'aucune limitation neurologique, évoquant un *"status normal"* (dossier OAI, p. 515 et 516).

5.4. Sur le plan psychique, le Dr S. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, diagnostiquait un *"trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec probable somatisation"* ainsi qu'une *"anxiété généralisée"*. Le médecin faisait état d'un état psychique invalidant dans des *"activités soutenues"* et évoquait une capacité de travail d'environ 50%. Il faisait cependant un lien avec les troubles somatiques, indiquant une *"confrontation"* entre *"l'incapacité de travail [psychique]"* et *"l'incapacité physique"* (dossier OAI, p. 533).

Le psychiatre traitant, le Dr T. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, n'allait que partiellement dans le sens de cette appréciation. En effet, il évoquait l'unique diagnostic psychiatrique de *"réaction dépressive prolongée avec anxiété"* (F43.21), y ajoutant les diagnostics somatiques de *"fracture du scaphoïde avec greffe osseuse au poignet gauche"* et de *"hernie discale post-traumatique L5-S1 avec douleurs lombaires résiduelles"*. Ainsi, à l'instar de son confrère, il mettait en lien les troubles somatiques et psychiatriques. En revanche, il décrivait un assuré globalement peu atteint sur le plan psychique, indiquant n'avoir effectué aucun examen, ce qui tend à démontrer l'importance légère des troubles. Tout au plus mentionnait-il un *"air souffreteux"*, un *"ralentissement"* et un affect *"franchement triste"*. Le diagnostic de trouble de l'adaptation était donc principalement en lien avec les problèmes d'ordre somatique ainsi que la situation socio-économique, notamment une perte et une absence prolongée d'emploi. Cette atteinte ne justifiait donc pas seule les conclusions du psychiatre quant à la capacité de travail, limitée à une *"activité occupationnelle à temps partiel en milieu protégé"* (rapport du 26 octobre 2001, dossier OAI, p. 555).

5.5. Il ressort de ce qui précède que la rente entière a été octroyée sur des bases médicales relativement contradictoires, avec des atteintes somatiques et psychiatriques peu claires, le tout dans le contexte d'un stage d'observation faisant état d'atteintes incapacitantes mais inexplicables.

C'est ce que souligne par ailleurs le Dr U. _____, spécialiste en anesthésiologie, du SMR, dans son rapport du 3 juin 2016. Il relève ainsi que, *"s'agissant d'une situation médicale complexe, mêlant des atteintes à la santé mal documentées dès le départ tant sur le plan somatique que psychiatrique, aucune mesure d'instruction médicale ne sera à même d'établir l'évolution objective"*

de l'état de santé et en particulier de démontrer une amélioration" (dossier OAI, p. 750). Dans ces circonstances, l'octroi de la rente entière peut paraître généreux.

Bien que non motivée, il apparaît néanmoins que l'évaluation du degré d'invalidité de 88% était fondée sur les conclusions des responsables de F._____ ainsi que celles de leur médecin-conseil, la Dresse K._____. Cette dernière faisait en particulier état d'un rendement réduit de 75% pour des raisons surtout psychiatriques.

6.

Cela étant, il convient d'examiner si l'état de santé du recourant a évolué au point d'avoir une incidence sur sa capacité de travail, d'abord sur le plan somatique.

A ce stade, la Cour souligne qu'il n'est pas nécessaire ici de se référer aux résultats de la mesure de surveillance. En effet, il apparaît que l'activité dont il est fait état a été déclarée à la caisse de compensation AVS et également évoquée par le psychiatre traitant. Le recourant a, en outre, admis et décrit son emploi de chauffeur de bus scolaire que cela soit aux experts ou à l'autorité intimée. Selon sa description, cette activité – qu'il considère comme *"une activité occupationnelle"* – consiste à conduire un bus de 16 personnes entre leur domicile et l'école, quatre fois par jour – et cinq jours par semaines. Cela correspond à environ 2h30 de travail quotidien, chaque trajet étant cependant suivi d'une période de repos.

Dans ces circonstances, l'on peut d'emblée écarter ce rapport de surveillance.

6.1. Cela étant, sur le plan somatique, l'autorité intimée se fonde sur les conclusions du Dr I._____ dans son rapport du 4 juillet 2017 et son complément du 15 janvier 2018 (dossier OAI, p. 883 et 932; cf. ég. p. 928).

Celui-ci fait état d'un seul diagnostic invalidant, soit une *"ankylose du poignet G"* status post plusieurs interventions. S'il mentionne d'autres atteintes, notamment au niveau des vertèbres cervicales et lombaires, celles-ci n'ont pas de répercussion sur la capacité de travail. Dans ce contexte, il estime que l'assuré possède une capacité de travail de 60% comme vitrier, de 80% comme chauffeur de véhicules et de 100% dans une activité adaptée, sans diminution de rendement. Une telle activité doit limiter les manutentions lourdes de plus de 5kg avec le poignet gauche et le port de charges en porte-à-faux avec long bras de levier de plus de 10kg de manière répétitive.

Les conclusions du médecin sont fondées sur l'étude du dossier asséurologique et radiologique du recourant ainsi que sur un entretien avec celui-ci le 28 juin 2017. A cette occasion, ce dernier a pu mettre en évidence les trois types d'affections qui le touche – les lombalgies, les cervicalgies et les douleurs au poignet – ainsi que leur impact sur sa vie, notamment l'importance des douleurs et leur évolution en fonction de son activité. Pour sa part, l'expert a pu procéder à un examen complet de l'assuré, pas uniquement en lien avec les zones douloureuses quand bien même celles-ci ont fait l'objet d'une étude plus fouillée. Force est d'admettre que c'est ainsi de manière claire et détaillée que l'expert a examiné et apprécié la situation médicale.

Fondé sur ces éléments, l'expert constate la présence d'un *"syndrome cervicobrachial et lombovertébral sans signe radiculaire irritatif ou déficitaire"* ainsi que *"des troubles dégénératifs radio-scaphoïdiens et entre le scaphoïde et le grand os avec rhizarthrose ainsi que la présence de petits kystes sur le versant radial du semi-lunaire"*. Estimant que seules ces dernières sont invalidantes, il souligne que *"concernant le rachis cervical lombaire, il n'y a pas d'atteinte à la santé significative. Seuls des signes de déconditionnement de la musculature profonde peuvent être mis*

en évidence. Il n'y a pas de signe parlant en faveur de conflit disco-radiculaire. L'assuré présente une chronicisation de lombalgies et de cervicalgies sans substrat organique sous-jacent significatif". L'expert estime qu'il y a eu amélioration de la situation depuis 2014 dès lors que, à cette date, *"l'assuré a repris une activité professionnelle"* et s'est *"intégré dans le cursus socioprofessionnel"*. L'on constate ainsi que le médecin présente des conclusions suffisamment motivées.

Les conclusions de l'expert ne sont pas remises en doute par le fait qu'il aurait pu avoir été impliqué dans ce dossier en 1999. En effet, à la lecture de la signature d'un rapport du 16 juin 1999, il pourrait être déjà intervenu en tant que médecin dans la présente affaire au titre de médecin-assistant de Q._____ (cf. signature: "I._____"; dossier OAI, pièce 480). D'abord, aucune prévention ou activité partielle ne semble pouvoir être redoutée de sa part à la lecture des pièces du dossier. En outre, le recourant, qui ne conteste en soi pas l'expert choisi dans le cadre du présent recours, serait de toute manière forclos avec une éventuelle requête tendant à la récusation du médecin.

Dans ces circonstances, il apparaît que les conclusions du Dr I._____ remplissent les critères formels et matériels permettant de leur reconnaître une pleine valeur probante, de sorte qu'il convient de les suivre.

6.2. Cette appréciation n'est pas battue en brèche par les autres documents médicaux figurant au dossier. L'on constate, à cet égard, que le recourant n'est plus suivi par un spécialiste en rhumatologie ou en orthopédie depuis 2001, mais uniquement par son généraliste, le Dr O._____.

Alors qu'il évoquait auparavant la possibilité – non quantifiée – d'exercer un travail léger permettant l'alternance des positions (cf. consid. 5.3 ci-avant; cf. not. dossier OAI, p. 485), ce dernier affirme – par la suite et jusqu'à la fin 2017 – qu'aucune activité lucrative n'est exigible de son patient. Interrogé explicitement à ce propos, il soutient qu'il n'existe aucun potentiel de réinsertion, même minime, et décrit un patient sans aucune capacité fonctionnelle, y compris dans une activité assise sans port de charge. Plus spécifiquement, il conclut à l'absence d'une quelconque capacité de travail que cela soit dans l'activité de charpentier, dans celle d'aide-cuisinier ou dans une quelconque autre activité adaptée (rapports des 25 octobre 2015 et 10 décembre 2016, dossier OAI, p. 723 et 776; cf. ég. p. 654, 689 et 744).

Ces rapports du généraliste traitant ignorent donc totalement le fait que le recourant exerce une activité de chauffeur à raison d'environ 2.5 heures par jour depuis 2014 (dossier OAI, p. 716). Cela correspond quand même à un taux d'emploi de près de 30%, certes pratiqué quotidiennement. Un tel taux pourrait manifestement avoir un impact sur le droit aux prestations mais n'est, pourtant, jamais évoqué par le médecin avant décembre 2017. Soit le médecin ignorait l'exercice d'une telle activité, soit il a choisi de taire son existence. Quelle que soit la raison de cette omission, l'opinion du généraliste perd de sa crédibilité. Sa dernière intervention n'y change rien, dans laquelle, bien que mentionnant cette fois le travail de chauffeur, il affirme sommairement qu'une *"une reprise d'activité plus importante que chauffeur scolaire à temps partiel ne peut être envisagée"* et qu'un *"emploi à plein temps paraît illusoire dans le contexte des problèmes de santé du patient"* (dossier OAI, p. 975).

L'on rappelle, au demeurant, que la jurisprudence estime que la relation de confiance qui s'établit inmanquablement entre le médecin traitant et son patient justifie qu'il soit donné plus de poids à l'opinion motivée d'un expert (cf. consid. 4.3). Ce principe de prépondérance de l'expertise trouve

d'autant plus application ici que le seul généraliste suivant le recourant voit ses brèves affirmations confrontées à une appréciation d'un spécialiste en rhumatologie, qui plus est bien plus motivée et détaillée.

6.3. Il ressort de ce qui précède que, sur le plan somatique, l'assuré possède une capacité de travail de 60% comme vitrier, de 80% comme chauffeur de véhicules et de 100% dans une activité adaptée, sans diminution de rendement. Une telle activité doit limiter les manutentions lourdes de plus de 5kg avec le poignet gauche et le port de charges en porte-à-faux avec long bras de levier de plus de 10kg de manière répétitive.

7.

Compte tenu de ce qui précède, il convient encore d'examiner la situation sous l'angle des atteintes psychiatriques.

7.1. Sur ce plan, l'OAI s'est référé aux conclusions du Dr H. _____ dans son rapport du 23 mai 2017 et le complément du 30 avril 2018. L'expert-psychiatre diagnostique une "*dysthymie (F34.1)*" qu'il estime sans impact sur la capacité de travail du recourant. Selon lui, ce dernier est donc capable de travailler du point de vue psychiatrique à 100%. Il estime que cette pleine capacité de travail remonte probablement à plusieurs années, à tout le moins depuis que le recourant conduit un bus en 2014. "*Pour rester objectif*", il retient cependant la date de l'entretien (dossier OAI, p. 847 et 984).

Les conclusions de l'expert se fondent d'abord sur l'examen du dossier assécurologique, par le biais duquel il a été en mesure d'appréhender les problématiques à examiner ainsi que le contexte du cas, tant sous un angle strictement médical que selon une optique psycho-sociale plus large. L'on précise, à cet égard, que l'expert s'est fait adresser un rapport spécial du psychiatre traitant du recourant, lequel est daté du 24 avril 2017, dans lequel celui-ci y atteste d'une symptomatologie différente de celle décrite dans ses rapports adressés à l'assurance.

L'expert a également rencontré l'assuré le 3 avril 2017. A cette occasion, celui-ci a été en mesure de décrire sa situation personnelle et professionnelle. L'expert relève, sous cet angle, un assuré dont les plaintes ne sont que peu en rapport avec l'état psychique mais surtout en lien avec les douleurs. Pour sa part, l'expert a pu constater que l'assuré ne présentait aucun trouble de l'attention, de la concentration, de la compréhension ou de la mémoire. Il a également relevé l'absence de troubles formels de la pensée ou de la perception. Soulignant encore l'absence de ralentissement psychomoteur ou de signes d'anxiété, tout au plus fait-il état d'une "*tristesse fluctuante en fonction des événements*" et de la présence "*de sentiments d'infériorité, de dévalorisation et de découragement*". Parallèlement, il constate cependant que l'assuré a une "*vie qui est loin de celle d'une personne présentant une atteinte à la santé*" au vu des activités journalières, indiquant en particulier que le recourant est capable de "*conduire un bus scolaire pendant la journée, de rencontrer des copains, de regarder la télévision, ainsi que d'entraîner une équipe de juniors en football et d'aller voir les matchs*".

A ce stade, la Cour constate que l'expert met en doute la compliance de l'assuré dès lors qu'il n'a "*jamais reçu les résultats du dosage plasmatique*" alors même qu'il avait "*bien indiqué à l'assuré de se déplacer au laboratoire*". Pour sa part, le recourant allègue – sans pour autant le prouver d'une quelconque manière – avoir fait réaliser ces prélèvements et s'émeut de cette suspicion "*dénuée de tout fondement*" et "*inacceptable de la part d'un expert, sensé être neutre et impartial*". Cela étant, si ce dernier indique que l'assuré pourrait ne pas être compliant, il se contente uniquement d'évoquer cette hypothèse. Elle n'apparaît, pour autant, pas jouer un grand

rôle dans son raisonnement. Par exemple, malgré ses doutes quant à la compliance, le médecin affirme que *"l'assuré a collaboré avec ses médecins"* se référant aux autres documents asséculo-logiques. Cette incertitude quant à la compliance de l'assuré n'a donc eu aucune incidence sur l'évaluation du psychiatre.

Il ressort de ce qui précède que l'expert-psychiatre présente des conclusions basées sur des éléments objectifs qui ressortent tant de ses observations que des pièces au dossier. Certes peut-on, à certaines reprises, reprocher à l'expert sa concision, passant un peu abruptement de ses observations à ses conclusions. Il apparaît néanmoins que son raisonnement est suffisamment étayé par l'indication des points de réflexion essentiels, de sorte qu'il peut être suivi.

Dans ces circonstances, les conclusions du Dr H. _____ remplissent les conditions formelles pour leur reconnaître une pleine valeur probante, de sorte que c'est à juste titre que l'OAI s'y est référé.

7.2. Sur le fond, les conclusions de l'expert-psychiatre sont contestées par le recourant qui se prévaut en particulier des rapports rédigés par son psychiatre traitant, le Dr V. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie.

L'on précisera, à ce stade, que l'assuré n'est plus suivi par le Dr T. _____ dont le dernier rapport du 27 septembre 2010 est bien antérieur à l'examen par l'expert-psychiatre. Le médecin attestait toujours d'une incapacité de travail totale en raison de *"l'ensemble des troubles physiques et psychiques que présente l'assuré, leur persistance, leur évolution et le peu de réponse au traitement"* (dossier OAI, p. 620, 635 et 677; cf. consid. 5.4).

Dans ses rapports, le Dr V. _____ affirme que son patient n'est pas en mesure de travailler en raison d'un *"trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec syndrome somatique (F33.1) depuis l'année 2000 au moins"*. Le médecin estime que cette incapacité de travail actuelle est déjà seule en lien avec *"l'état psychique actuel du patient"* (rapports du 3 juillet 2015, du 31 octobre 2016 et du 18 septembre 2017, dossier OAI, p. 727, 770 et 971).

Cependant, force est d'emblée de constater que le médecin s'écarte de l'opinion de son prédécesseur sur le plan diagnostique déjà, retenant celui de *"trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec syndrome somatique (F33.1) depuis l'année 2000 au moins"*. Cette différence d'appréciation semble d'abord liée à une prise en compte partielle du dossier. Le médecin interprète notamment le suivi psychiatrique de son prédécesseur comme un suivi pour *"des problèmes dépressifs chroniques depuis des années"*. Or, cela n'était pas le cas, l'assuré étant suivi pour une *"réaction dépressive prolongée avec anxiété"* ce qui correspond à un trouble de l'adaptation selon la classification internationale des maladies (F43.21). On remarque une compréhension incomplète du dossier également dans le fait que le médecin soutient que l'emploi de chauffeur a été *"annoncé à l'AI dans le cadre de son droit à une activité professionnelle adaptée à son invalidité"*. Le médecin semble considérer que l'assuré a été transparent avec l'OAI en lui annonçant l'exercice d'une activité professionnelle alors que ce n'est qu'indirectement – notamment à la lecture du rapport du 31 octobre 2016 (dossier OAI, p. 770) – que l'OAI a été informé de ce que le recourant travaille depuis plusieurs années. Le fait d'ignorer ou de faire l'impasse sur ces éléments – loin d'être anecdotiques – justifie de s'écarter des conclusions du médecin.

Il ne s'agit, pour autant, pas de la seule raison qui motive à ne pas suivre l'appréciation du psychiatre traitant. En effet, on constate en outre que les rapports du médecin ne sont pas dénués de contradictions. Par exemple, alors que le psychiatre soutient que son patient souffre d'*"idées*

noires et suicidaires" dans le rapport du 24 avril 2017, il affirme que peu après que celui-ci *"ne présente pas d'idées suicidaires"* dans son rapport du 18 septembre 2017, sans explications aucunes.

En outre, il existe une certaine ressemblance entre les constats de l'expert-psychiatre et ceux du psychiatre traitant. Ce dernier fait ainsi état de symptômes fluctuants, oscillants entre des périodes d'amélioration et d'augmentation des symptômes dépressifs, ce que l'expert-psychiatre traduit par une *"tristesse fluctuante en fonction des événements"* ou une *"dépression chronique de l'humeur, mais dont la sévérité est insuffisante ou dont la durée des différents épisodes est trop brève pour justifier un diagnostic de trouble dépressif récurrent léger ou moyen"*. Le psychiatre traitant présente des constats médicaux également identiques à ceux de l'expert, indiquant qu'il s'agit d'un assuré *"calme et collaborant, orienté dans les 4 modes, humeur triste et fatiguée, douleurs, selon lui au niveau de la région lombaire, difficultés à rester assis. Absence d'idées noires ou suicidaires. Présence de ruminations nocturnes et diurnes en lien avec la situation actuelle envers l'AI, ainsi que sa santé en général. Absence de symptômes psychotiques durant l'entretien. Le discours est clair et authentique"*. Enfin, à l'instar de l'expert-psychiatre, le psychiatre traitant atteste d'un *"état de rémission"* au début du suivi, soit en 2014, qui a conduit son patient à *"début[er] une petite activité dans le cadre de son assurance invalidité (en tant que conducteur de bus scolaire)"*. Devant des constats médicaux et un status psychiatrique presque identiques, la différence d'appréciation quant à la capacité de travail ne peut s'expliquer que par le fait que le Dr V. _____ est le médecin traitant de l'assuré. Ainsi qu'il a été rappelé ci-avant, la jurisprudence considère que celui-ci, vu la relation de confiance qui l'unit à son patient, est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour lui.

Enfin, soulignons que le psychiatre traitant prend en compte des *"facteurs liés à la culture et [au] lieu [qui] peuvent également jouer un rôle dans l'importance de plainte douloureuse de la dépression"*. Il affirme qu'il y a une *"interaction entre l'événement de vie indésirable et les caractéristiques de la personne"* ainsi qu'une péjoration de l'état psychique en fonction d'événements extérieurs, notamment un déménagement *"quasiment forcé"*. Il appert ainsi que des facteurs extra-médicaux pourraient expliquer, à tout le moins partiellement, la différence d'appréciation entre le médecin traitant et l'expert-psychiatre. Il s'agit de facteurs qui n'ont pas à être pris en compte dans l'évaluation de l'invalidité.

L'ensemble de ces éléments conduit donc la Cour à écarter les conclusions du psychiatre traitant et à se rattacher aux conclusions de l'expert-psychiatre. L'on retient dès lors que les troubles psychiatriques n'empêchent plus l'assuré d'exercer une activité lucrative.

8.

Il ressort de l'ensemble de ce qui précède que, en 2002, les rapports médicaux avaient conduit l'OAI à retenir que la capacité de travail de son assuré était fortement restreinte, tant en raison de troubles somatiques que psychiques.

Tel n'est plus le cas aujourd'hui, à la lumière des conclusions des experts mandatés.

Cela ne peut être compris que comme une amélioration de la situation médicale. Celle-ci s'est par ailleurs traduite dans les faits puisque l'assuré a été en mesure de commencer à travailler en 2014 alors qu'il s'en déclarait totalement incapable auparavant. C'est dès lors à juste titre que l'OAI a procédé à une révision de son cas.

9.

Dans son mémoire de recours, l'assuré se plaint de ce que la décision de l'OAI a été établie sans prendre en compte la jurisprudence relative aux rentes versées pendant plus de 15 ans. Il soutient que l'Office ne pouvait supprimer sa rente d'invalidité sans autre mesure d'instruction, mais avait l'obligation de démontrer qu'il était effectivement en mesure de mettre à profit la capacité de travail reconnue par les experts. Dans ses observations du 7 septembre 2018, l'OAI estime quant à lui avoir procédé de manière conforme à la jurisprudence.

9.1. Dans le domaine de l'assurance-invalidité, on applique de manière générale le principe selon lequel un invalide doit, avant de requérir des prestations, entreprendre de son propre chef tout ce qu'on peut raisonnablement attendre de lui, pour atténuer le mieux possible les conséquences de son invalidité; c'est pourquoi un assuré n'a pas droit à une rente lorsqu'il serait en mesure, au besoin en changeant de profession, d'obtenir un revenu excluant une invalidité ouvrant droit à une rente. La réadaptation par soi-même est un aspect de l'obligation de diminuer le dommage et prime aussi bien le droit à une rente que celui à des mesures de réadaptation. Le point de savoir si une mesure peut être exigée d'un assuré doit être examiné au regard de l'ensemble des circonstances objectives et subjectives du cas concret. Par circonstances subjectives, il faut entendre en premier lieu l'importance de la capacité résiduelle de travail ainsi que les facteurs personnels tels que l'âge, la situation professionnelle concrète ou encore l'attachement au lieu de domicile. Parmi les circonstances objectives doivent notamment être prises en compte l'existence d'un marché du travail équilibré et la durée prévisible des rapports de travail (ATF 138 I 205 consid. 3.2 et les références; cf. aussi arrêt TF 9C_644/2015 du 3 mai 2016 consid. 4.3.1; 9C_163/2009 du 10 septembre 2010 consid. 4.2.2 *in* SVR 2011 IV Nr. 3).

Dans un arrêt 9C_228/2010 du 26 avril 2011 (consid. 3.3 et 3.5, *in* RSAS 2011 p. 504), la Haute Cour a précisé qu'il existait deux situations dans lesquelles il y avait lieu d'admettre, à titre exceptionnel, que des mesures d'ordre professionnel préalables devaient être considérées comme nécessaires, malgré l'existence d'une capacité de travail médicalement documentée. Il s'agit des cas dans lesquels la réduction ou la suppression, par révision ou reconsidération, du droit à la rente concerne un assuré qui est âgé de 55 ans révolus ou qui a bénéficié d'une rente depuis plus de quinze ans. Cela ne signifie cependant pas que ces assurés peuvent faire valoir des droits acquis dans le contexte de la révision (art. 17 al. 1 LPGA), respectivement de la reconsidération (art. 53 al. 2 LPGA); on admet seulement qu'une réadaptation par soi-même ne peut pas être exigée d'eux en raison de leur âge ou de la longue durée de la rente. Dans de telles situations, l'office de l'assurance-invalidité doit vérifier dans quelle mesure l'assuré a besoin de la mise en œuvre de mesures d'ordre professionnel, même si ce dernier a recouvré une capacité de travail et indépendamment du taux d'invalidité qui subsiste (arrêt TF 9C_517/2016 du 7 mars 2017 consid. 5.2 et les références). Ce n'est qu'à l'issue de cet examen et de la mise en œuvre d'éventuelles mesures de réintégration sur le marché du travail que l'administration pourra définitivement statuer sur la révision ou la reconsidération de la rente d'invalidité (cf. arrêt TF 9C_308/2018 du 17 août 2018 consid. 5.3).

Cela étant, même en présence d'un cas exceptionnel au sens de la jurisprudence, on ne saurait admettre que des mesures d'ordre professionnel préalables sont nécessaires lorsque l'absence de longue durée du marché du travail est liée à des motifs extra-médicaux (arrêt TF 9C_819/2014 du 19 juin 2015 consid. 4), lorsque l'assuré apparaît encore agile, alerte et intégré dans la vie économique (arrêt TF 9C_68/2011 du 16 mai 2011 consid. 3.3) ou lorsqu'il dispose d'une

formation ou d'une expérience professionnelle particulièrement large (arrêt TF 8C_39/2012 du 24 avril 2012 consid. 5.2).

9.2. Il ressort du dossier que l'OAI a proposé au recourant des mesures professionnelles par courrier du 21 juillet 2017. Selon ce courrier, ces mesures n'avaient *"pas pour but d'évaluer [sa] capacité de travail mais bien [lui] proposer un réentraînement au travail"* (dossier OAI, p. 902). Par courrier du 20 novembre 2017, l'office a précisé que *"le but de ce stage n'était pas de [l']observer ni de [l']aider à reprendre progressivement une activité à 100%, mais uniquement de [le] remettre en situation d'emploi à 100%"* (dossier OAI, p. 922), ce qui *"veut tout simplement dire que la mesure débutera d'entrée à 100% et rien d'autre"* (observations du 17 septembre 2018).

La Cour a récemment eu l'occasion de rappeler dans un arrêt du 20 septembre 2017 (608 2016 237 consid. 6c/cc), mais également dans d'autres arrêts ultérieurs, les principes relatifs à la situation d'assurés qui ont touché une rente pendant plus de quinze ans ou qui sont âgés de plus de 55 ans. Dans de tels cas, il est présumé que l'assuré ne peut plus se réintégrer par ses propres moyens dans le marché du travail. Partant, dans ces hypothèses, l'OAI ne doit pas se contenter du seul constat de l'exigibilité d'une activité lucrative reposant sur une conception biomédicale pour déterminer le taux d'invalidité (en l'occurrence, se référer aux expertises). Il lui appartient, au contraire, de vérifier dans quelle mesure l'assuré a besoin de la mise en œuvre de mesures d'ordre professionnel et/ou médicales, y compris subjectives, si nécessaire en questionnant le corps médical.

La formulation des courriers de l'OAI – y compris au stade des observations – ne laisse donc pas clairement transparaître le rôle des mesures octroyées aux assurés âgés ou ayant perçu une rente de longue durée. Il n'y avait, de plus, pas de raison de rendre le projet de décision du 23 janvier 2018 (dossier OAI, p. 933) avant réception du rapport de stage de J. _____ du 30 janvier 2018 (dossier OAI, p. 939).

9.3. Cependant, il apparaît que le dossier de la cause permet à la Cour de statuer sur la problématique de la réinsertion de l'assuré.

En effet, dans leur rapport du 30 janvier 2018, les responsables de J. _____ indiquent que *"malgré tous les efforts qu'a fourni[s] [l'assuré], nous relevons un nombre élevé d'absences dues à son état de santé physique et psychique"* (dossier OAI, p. 939). De même, le Dr U. _____ souligne que, *"après quinze ans hors du marché du travail et sachant qu'un stage d'observation avait conclu, déjà à l'époque, qu'une réintégration du marché du travail était peu probable, les chances de succès des [mesures de réinsertion étaient] virtuelles"* (dossier OAI, p. 756).

Malgré cela, la Cour constate que l'assuré a été en mesure de reprendre l'exercice d'une activité lucrative il y a plus de quatre ans. Cette activité est décrite comme la conduite d'un bus de 16 personnes entre leur domicile et l'école, quatre fois par jour et cinq jours par semaines. Cela correspond à environ 2h30 de travail quotidien, soit un taux d'environ 25-30% d'une journée de 8.30 heures. L'assuré a donc été en mesure de se réadapter dans une activité sans l'aide de l'assurance-invalidité – on rappelle qu'il n'a jamais directement informé l'office de cet emploi –, et cela malgré le fait qu'il a perçu une rente durant plus de 15 ans. Ayant été en mesure de se réintégrer seul dans une activité professionnelle dans l'économie réelle en 2014, il est, a fortiori, vraisemblable qu'il soit toujours en mesure d'atténuer seul les conséquences de son invalidité dans un marché du travail équilibré.

Au demeurant, l'on ne peut pas faire totalement l'impasse sur le fait que l'assuré semble également entraîner une équipe de juniors en football. Cette activité, relevée par l'expert (dossier

OAI, p. 847), n'est nullement niée par le recourant dans ses différents courriers. Or, entraîner une équipe un soir par semaine et les weekends correspond à un taux d'activité qui est loin d'être anecdotique. Il est en outre évident que le poste d'entraîneur est un poste exigeant et qu'il nécessite de nombreuses compétences sociales, techniques et méthodologiques. Que le recourant soit en mesure de le faire laisse présager l'existence de ressources qui faciliteront d'autant plus sa réinsertion professionnelle.

Au vu de ces différents éléments, la présomption selon laquelle l'on ne peut pas exiger d'un assuré qu'il se réintègre seul sur le marché du travail après quinze ans de rente se trouve renversée.

10.

Compte tenu de l'ensemble de ce qui précède, il convient de calculer le degré d'invalidité du recourant sur la base de la méthode ordinaire de comparaison des revenus.

10.1. La *méthode ordinaire* d'évaluation du taux d'invalidité (art. 28a al. 1 LAI) s'applique aux assurés qui exerçaient une activité lucrative à plein temps avant d'être atteints dans leur santé physique, mentale ou psychique. Le degré d'invalidité résulte de la comparaison du revenu d'invalidité, soit ce que l'assuré est encore capable de gagner en utilisant sa capacité résiduelle de travail dans toute la mesure que l'on est en droit d'attendre de lui, avec le revenu sans invalidité, à savoir ce qu'il pourrait gagner si l'invalidité ne l'entravait pas (RCC 1963 p. 365). Cette comparaison des revenus s'effectue, en règle générale, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus (RCC 1985 p. 469).

10.2. En règle générale, le revenu hypothétique de la personne valide se détermine en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce qu'elle aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant si elle était en bonne santé. Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible; c'est pourquoi il se déduit en principe du salaire réalisé en dernier lieu par l'assuré avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires jusqu'au moment de la naissance du droit à la rente (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1 et la référence).

La jurisprudence retient toutefois que lorsque l'assuré a perdu son emploi pour des motifs étrangers à son invalidité, on ne peut admettre qu'il aurait continué son emploi auprès du même employeur et il est alors justifié de faire application des valeurs statistiques moyennes (cf. arrêts 9C_247/2015 du 23 juin 2015 consid. 5.1; 9C_212/2015 du 9 juin 2015 consid. 5.4 et les références citées).

10.3. De jurisprudence constante, le revenu d'invalidité doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé (ATF 126 V 75 consid. 3b/aa; 117 V 8 consid. 2c/aa; RAMA 1991 n. U 130 p. 270 s. consid. 4a p. 272; RCC 1983 p. 246 s., 1973 p. 198 s. consid. 2c p. 201). En l'absence d'un revenu effectivement réalisé – soit lorsque la personne assurée, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité lucrative ou alors aucune activité normalement exigible –, le revenu d'invalidité peut être évalué sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (cf. arrêt TF 9C_25/2011 du 9 août 2011 consid. 6.2). La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits, le cas échéant, au titre du désavantage salarial supplémentaire, dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25% sur le salaire statistique permet de tenir

compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5).

Lorsqu'il s'agit d'examiner dans quelle mesure un assuré peut encore exploiter économiquement sa capacité de gain résiduelle sur le marché du travail entrant en considération pour lui (art. 16 LPG), on ne saurait subordonner la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain à des exigences excessives; l'examen des faits doit être mené de manière à garantir dans un cas particulier que le degré d'invalidité est établi avec certitude. Il s'ensuit que pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner la question de savoir si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'oeuvre (arrêt TF I 198/97 du 7 juillet 1998 consid. 3b et les références, *in* VSI 1998 p. 293). On ne saurait toutefois se fonder sur des possibilités de travail irréalistes. Ainsi, on ne peut parler d'une activité exigible au sens de l'art. 16 LPG, lorsqu'elle ne peut être exercée que sous une forme tellement restreinte qu'elle n'existe pratiquement pas sur le marché général du travail ou que son exercice suppose de la part de l'employeur des concessions irréalistes et que, de ce fait, il semble exclu de trouver un emploi correspondant (arrêt TF I 350/89 du 30 avril 1991 consid. 3b; I 329/88 du 25 janvier 1989 consid. 4a).

S'il est vrai que des facteurs tels que l'âge, le manque de formation ou les difficultés linguistiques jouent un rôle non négligeable pour déterminer dans un cas concret les activités que l'on peut encore raisonnablement exiger d'un assuré, ils ne constituent pas, en règle générale, des circonstances supplémentaires qui, à part le caractère raisonnablement exigible d'une activité, sont susceptibles d'influencer l'étendue de l'invalidité, même s'ils rendent parfois difficile, voire impossible la recherche d'une place et, partant, l'utilisation de la capacité de travail résiduelle (arrêt TF I 377/98 du 28 juillet 1999 consid. 1 et les références).

11.

11.1 En l'occurrence, dans la décision litigieuse, l'OAI a retenu que, sans atteinte à la santé, l'assuré aurait poursuivi son activité d'aide-menuisier et aurait obtenu un revenu annuel brut de CHF 67'691.- selon la convention collective de travail relative à cette branche.

Outre que ce montant est admis par le recourant qui s'en est prévalu dans son courrier du 14 février 2017 (dossier OAI, p. 816), l'on relève qu'il se réfère au poste pris en compte par la Cour de céans dans son arrêt du 16 septembre 1999 (cause 5S 98 267).

Ce montant de CHF 67'691.- peut donc être confirmé au titre de revenu de valide.

11.2. S'agissant du revenu d'invalidé, l'assuré n'ayant pas repris l'exercice d'une activité lucrative au pourcentage exigible, il convient de se référer au montant mensuel de CHF 5'340.-, soit CHF 64'080.- annuellement, correspondant au salaire moyen du secteur privé selon les chiffres de l'Enquête suisse sur la structure des salaires 2016 (ESS 2016, TA1_Skill level, totaux, niveau de compétences 1, hommes).

Dès lors que l'ESS comprend un large éventail d'activités, on peut, en effet, admettre qu'un nombre significatif d'entre elles est adapté aux limitations et aux aptitudes du recourant dans un marché du travail équilibré (cf. arrêts TF 9C_789/2016 du 5 avril 2017 consid. 5.2; 9C_813/2015 du 31 mai 2016 consid. 3.2; I 312/04 du 28 juillet 2005 consid. 3.2.1). La référence au niveau de compétences 1 permet, pour sa part, de tenir compte du fait que le recourant ne possède aucune

autre formation ou expérience dans ce domaine, absence influençant manifestement le revenu auquel il pourrait prétendre et justifiant de se référer au grand groupe 9 de la classification internationale du type des professions (CITP; professions élémentaires).

Ce montant doit être adapté à l'évolution des salaires nominaux (CHF 64'366.20; indices de 2239 pour 2016 et 2249 pour 2017, cf. OFS, T39 Evolution des salaires nominaux, des prix à la consommation et des salaires réels, hommes) et prendre en compte la durée usuelle du travail de 41.7 heures par semaine en 2017 (CHF 67'101.75; cf. OFS, Durée normale du travail dans les entreprises selon la division économique, tous les secteurs).

Au vu de la capacité de travail de 100% qui a été retenue, le revenu d'invalidé est fixé à CHF 67'101.75.

11.3. Il ressort de la comparaison des revenus de valide (CHF 67'691.-) et d'invalidé (CHF 67'101.75) que la perte de gain se monte à CHF 589.25. Cela correspond à un degré d'invalidité de 0.87%, soit 1% (cf. ATF 130 V 121).

Une perte de gain inférieure à 40% ne donne pas droit à une rente de l'assurance-invalidité.

Une comparaison des revenus tenant compte d'un abattement au titre de désavantage salarial ne donnerait pas d'avantage droit à une rente.

12.

A ce stade, il convient d'examiner un dernier grief du recourant. Celui-ci exige qu'un quart de rente soit maintenu sur la base de la *"règle de l'uniformité de la notion d'invalidité"* qui imposerait *"de fixer un même taux d'invalidité pour une même atteinte à la santé, dans l'assurance-invalidité, l'assurance-accident[s] et l'assurance militaire"*.

Cependant, au vu des nouvelles mesures d'instruction approfondies qui ont été réalisées par l'assurance-invalidité, le recourant ne saurait se prévaloir du fait que C. _____ n'ait pas (encore) entrepris de démarches pour réviser sa décision. On le rappelle, celle-ci est fondée sur des appréciations médicales datées d'il y a plus de vingt ans, l'état de santé du recourant ayant manifestement évolué depuis lors.

Faire primer l'évaluation de l'assurance-accidents reviendrait, au demeurant, à conférer à un assureur la prééminence sur un autre dans l'estimation du taux d'invalidité. Cela serait contraire au principe selon lequel les assureurs doivent procéder séparément à la fixation du taux d'invalidité (cf. ATF 112 V 175 consid. 2a; 106 V 88 consid. 2b).

13.

Le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision querellée confirmée.

La procédure n'étant pas gratuite, les frais de justice, fixés à CHF 800.-, sont mis à la charge du recourant. Ils sont compensés avec l'avance de CHF 800.- effectuée.

Compte tenu de l'issue du recours, il n'est pas octroyé de dépens.

(dispositif en page suivante)

la Cour arrête :

- I. Le recours est rejeté.
- II. Les frais de justice, fixés à CHF 800.-, sont mis à la charge du recourant mais sont compensés avec son avance de frais.
- III. Il n'est pas alloué de dépens.
- IV. Notification.

Un recours en matière de droit public peut être déposé auprès du Tribunal fédéral contre le présent jugement dans un délai de 30 jours dès sa notification. Ce délai ne peut pas être prolongé. Le mémoire de recours sera adressé, en trois exemplaires, au Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne. Il doit indiquer les conclusions, les motifs et les moyens de preuve et être signé. Les motifs doivent exposer succinctement en quoi le jugement attaqué viole le droit. Les moyens de preuve en possession du (de la) recourant(e) doivent être joints au mémoire de même qu'une copie du jugement, avec l'enveloppe qui le contenait. La procédure devant le Tribunal fédéral n'est en principe pas gratuite.

Fribourg, le 9 juillet 2019/pte

Le Président :

Le Greffier-rapporteur :