

Un recours en matière de droit public interjeté contre ce jugement a été rejeté par le Tribunal fédéral en date du 30 octobre 2015 (9C\_194/2015)

**200.2014.406.AI**

ANP/BEJ

## **Tribunal administratif du canton de Berne**

### Cour des affaires de langue française

### **Jugement du 10 février 2015**

Droit des assurances sociales

C. Meyrat Neuhaus, présidente  
D. Baldin et M. Moeckli, juges  
P. Annen-Etique, greffière



A. \_\_\_\_\_  
représenté par Me B. \_\_\_\_\_,  
recourant

contre

Office AI Berne  
Scheibenstrasse 70, case postale, 3001 Berne  
intimé

relatif à une décision de ce dernier du 13 mars 2014

**En fait:**

**A.**

A. \_\_\_\_\_, né en 1960, remarié et père de quatre enfants issus d'une précédente union (cadet né en 1991), dispose d'un CFC de mécanicien de précision et a exercé divers emplois avant de se former et de travailler dès 1990 comme éducateur spécialisé. Le 24 décembre 1993, il a été victime d'un accident à ski qui lui a occasionné une contusion directe aux genoux et a nécessité plusieurs révisions chirurgicales. A compter de 1997, il a été engagé comme conseiller en personnel auprès de l'assurance-chômage avant de reprendre, en 1998, une activité d'éducateur spécialisé, puis de travailler en tant qu'animateur dès 2001 (dossier [dos.] AI 1/26-27; 2/5; 67/1-2; 172/2).

**B.**

Dans l'intervalle, l'assuré a été mis au bénéfice par son assureur-accidents d'une rente d'invalidité à 50% à partir du 1<sup>er</sup> avril 2000, puis s'est vu accorder par décision du 4 octobre 2000 de l'assurance-invalidité (AI) une demi-rente dès le 1<sup>er</sup> mai 2000. Excepté du 1<sup>er</sup> juin au 31 juillet 2003 où une rente entière lui a été accordée, sa demi-rente AI a été confirmée lors de révisions ordinaires du droit en 2005 et 2007, puis suspendue du 1<sup>er</sup> janvier 2008 au 31 mars 2009 suite à l'octroi par l'AI d'indemnités journalières en lien avec un reclassement professionnel comme conseiller en vente automobile. L'assuré a résilié son dernier emploi dans un garage pour fin 2011. Il a encore entamé une formation d'instructeur en sécurité routière qu'il a interrompue en février 2012 (dos. AI 172/5 et 175/1).

**C.**

Lors d'un nouvel examen du droit à la rente en 2009, l'Office AI a recueilli des renseignements auprès de médecins traitants ainsi que du service médical régional (SMR). Des expertises rhumatologique et psychiatrique ont été réalisées en date des 29 mars et 20 avril 2010, puis une nouvelle expertise psychiatrique ordonnée à fin 2011, ainsi qu'une appréciation médicale sollicitée auprès du SMR. Après deux préorientations contestées par l'assuré, agissant par un organisme de conseils juridiques, l'Office AI a formellement statué le 13 mars 2014 la suppression de la rente

AI de ce dernier suite à l'annulation par reconsidération de sa décision du 4 octobre 2000.

## **D.**

Par acte du 29 avril 2014, l'assuré, désormais représenté par une avocate, a interjeté recours auprès du Tribunal administratif du canton de Berne (TA) contre la décision rendue le 13 mars 2014 par l'Office AI en concluant, sous suite des frais et dépens, à son annulation ainsi qu'au constat de la continuation de son droit à une rente d'invalidité. L'intimé a renoncé le 4 juin 2014 à présenter une réponse, se limitant à conclure au rejet du recours et à renvoyer à sa décision contestée. La mandataire du recourant a produit sa note d'honoraires le 18 juin 2014.

## **En droit:**

### **1.**

**1.1** La décision de l'Office AI du 13 mars 2014 représente l'objet de la contestation; elle ressortit au droit des assurances sociales et prononce la suppression sur reconsidération, mais pour le futur, de la demi-rente d'invalidité de l'assuré. L'objet du litige porte quant à lui sur l'annulation de cette décision et la continuation du versement d'une rente.

**1.2** Interjeté en temps utile, dans les formes prescrites, auprès de l'autorité de recours compétente, par une partie disposant de la qualité pour recourir et représentée par une mandataire dûment constituée, le recours est recevable (art. 56 ss de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales [LPGA, RS 830.1]), art. 69 al. 1 let. a de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité [LAI, RS 831.20] et art. 15 et 74 ss de la loi cantonale du 23 mai 1989 sur la procédure et la juridiction administratives [LPJA, RSB 155.21]). Il convient en effet de comprendre la conclusion en constat de la continuation du droit à la rente - conclusion en soi irrecevable comme telle, puisque l'intérêt qu'elle poursuit est sauvegardé par la conclusion formatrice tendant à l'annulation de la décision reconsidérant l'octroi de la rente (art. 49 al. 2 LPGA; ATF 130 V 388 c. 2.4) - en tant que partie de la motivation.

**1.3** Le jugement de la cause incombe à la Cour des affaires de langue française du TA dans sa composition ordinaire de trois juges (art. 54 al. 1 let. c et 56 al. 1 de la loi

cantonale du 11 juin 2009 sur l'organisation des autorités judiciaires et du Ministère public [LOJM, RSB 161.1]).

**1.4** Le TA examine librement la décision contestée et n'est pas lié par les conclusions des parties (art. 61 let. c et d LPGA; art. 80 let. c ch. 1 et 84 al. 3 LPJA).

## **2.**

**2.1** L'invalidité est l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA). Elle peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation (art. 7 al. 1 LPGA). Contrairement à l'incapacité de travail, est déterminante ici non pas l'aptitude de la personne assurée à accomplir un travail dans son domaine professionnel, mais la capacité de gain qui, après l'application des mesures de traitement et de réadaptation, subsiste, pour elle, dans une profession quelconque entrant en ligne de compte sur un marché équilibré du travail. La perte ou la réduction de cette capacité est considérée comme une incapacité de gain (ATF 130 V 343 c. 3.2.1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de l'existence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (art. 7 al. 2 LPGA).

Selon l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins et à trois quarts de rente s'il est invalide à 60%. Pour un degré d'invalidité de 50% au moins, l'assuré a droit à une demi-rente et pour un degré d'invalidité de 40% au moins, il a droit à un quart de rente.

**2.2** L'assureur peut revenir sur les décisions ou les décisions sur opposition formellement passées en force lorsqu'elles sont manifestement erronées et que leur rectification revêt une importance notable (art. 53 al. 2 LPGA). La reconsidération sert de correctif postérieur à l'application du droit ou à la constatation de faits initialement erronée de l'administration (ATF 117 V 8 c. 2c, 115 V 308 c. 4a/cc). Le cas échéant, le juge peut confirmer une décision de révision rendue à tort avec la motivation substituée que la décision de rente initiale est manifestement erronée et que sa rectification revêt une importance notable (ATF 125 V 368 c. 2 et les références citées, 110 V 291 c. 3c).

Selon la jurisprudence, la reconsidération de décisions entrées en force n'est envisageable qu'en cas d'erreur crasse de l'administration (RCC 1988 p. 566 c. 2b). L'octroi de prestations illicites doit en règle générale être considéré comme manifestement erroné (ATF 126 V 399 c.

2b/bb; DTA 2002 p. 180 c. 1a). Une erreur est manifeste lorsqu'il n'existe aucun doute raisonnable sur le fait que la décision était erronée et que seule cette conclusion s'impose (ATF 138 V 324 c. 3.3; SVR 2012 IV n° 18 c. 3.2). Une retenue dans l'admissibilité d'une erreur manifeste est toujours requise, quand le motif de reconsidération concerne une condition d'octroi matérielle dont l'examen repose de façon déterminante sur des estimations ou sur l'appréciation de preuves, soit sur des éléments qui exigent nécessairement un pouvoir d'appréciation. Une évaluation des conditions d'octroi (relatives à l'invalidité) soutenable selon la jurisprudence en vigueur à l'époque ne peut pas être considérée comme une erreur manifeste (TF 8C\_962/2010 du 28 juillet 2011 c. 3.1). Par contre, une erreur est en principe manifeste lorsqu'une prestation a été octroyée en raison de l'application d'une fausse disposition légale ou qu'une disposition déterminante n'a pas été appliquée ou l'a été de manière erronée (ATF 138 V 324 c. 3.3).

Lors de la reconsidération d'une décision pour erreur manifeste, il convient de se fonder uniquement sur la situation et l'état de connaissance des faits à l'époque où ladite décision a été rendue. Lorsque seuls des moyens de preuve ultérieurs conduisent à cette conclusion (de l'existence d'une erreur manifeste), la voie de la révision procédurale est la seule possible (TF 8C\_517/2007 du 16 septembre 2008 c. 4.1).

**2.3** Pour pouvoir évaluer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, en cas de recours) a besoin de documents que le médecin, et éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données fournies par le médecin constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore exiger de l'assuré (ATF 132 V 93 c. 4, 125 V 256 c. 4).

Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge des assurances sociales doit, quelle que soit leur provenance, examiner l'ensemble des moyens de preuve de manière objective et décider s'ils permettent de trancher la question des droits litigieux de manière sûre. En particulier, le juge ne saurait statuer, en présence de rapports médicaux contradictoires, sans avoir examiné l'ensemble des preuves disponibles et sans indiquer les motifs qui le conduisent à retenir un avis médical plutôt qu'un autre (SVR 2010 IV n° 58 c. 3.1; VSI 2001 p. 106 c. 3a). La valeur probante d'un rapport médical dépend du fait que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Ainsi, ni la provenance du moyen de preuve, ni l'appellation du mandat confié au médecin (rapport ou expertise) ne sont déterminantes pour la force probante d'un tel document (ATF 137 V 210 c. 6.2.2, 134 V 213 c. 5.1, 125 V 351 c. 3a).

### **3.**

**3.1** Pour rendre le 13 mars 2014 sa décision ici litigieuse de suppression par reconsidération de la demi-rente allouée au recourant selon sa décision d'origine du 4 octobre 2000, l'intimé a considéré que l'évaluation faite à l'appui de cette dernière du degré d'invalidité s'avérait manifestement erronée puisqu'elle procédait d'une estimation de la capacité résiduelle de travail limitée à la seule activité usuelle et non à un emploi idéalement profilé. Il avance en outre que l'expertise rhumatologique établie le 31 mai 2010 sur mandat de l'AI fait état d'une capacité de travail entière avec une diminution de rendement d'au maximum 20% dans une activité adaptée et qu'aucune évolution médicale n'est attestée depuis la décision d'origine, également au vu des dernières investigations menées sur les plans psychiatrique et somatique.

**3.2** Le recourant réfute quant à lui que la décision initiale du 4 octobre 2000 remplisse les conditions légales en vue de sa reconsidération, dès lors qu'elle correspondait à la situation de fait et de droit à l'époque de son prononcé et que l'intimé n'avait pas fait preuve d'arbitraire dans l'exercice de son pouvoir d'appréciation. Dans ce contexte, selon le recourant, les médecins traitants se seraient jadis prononcés sur la question d'une réadaptation professionnelle dans un emploi mieux profilé et ce, après qu'il eut lui-même tenté sans succès de s'orienter vers un travail plus sédentaire (recours, art. 1, p. 4 à 7). Selon l'assuré, il y a également lieu d'exclure un changement de circonstances propre à justifier une révision au sens de l'art. 17 LPGA (en tout cas dans le sens d'une amélioration de son état de santé), étant encore précisé que les nouvelles appréciations émanant des experts mandatés en 2010 par l'AI ne constituent pas déjà un motif valable à cet effet (recours, art. 2, p. 7 à 8).

#### **4.**

**4.1** A l'appui de sa décision du 4 octobre 2000 allouant une demi-rente d'invalidité au recourant à partir du 1<sup>er</sup> mai 2000, l'Office AI s'est fondé, d'une part, sur une appréciation du 8 mai 2000 émanant du service hospitalier orthopédique et traumatologique ayant suivi l'assuré dès fin 1997. De ce rapport médical rédigé par un médecin assistant et visé par le médecin-chef qui a opéré le recourant, il ressortait les diagnostics d'un grave syndrome douloureux fémoro-patellaire avec un dommage très important au cartilage suite à diverses opérations de révision, y compris une transplantation ostéochondrale des deux côtés (plastie par mosaïque). Après diverses périodes temporaires d'incapacité de travail entière ou partielle (à 50%) attestées dès le 26 mai 1999 par ce service hospitalier, une capacité résiduelle de travail de 50% était reconnue à l'assuré dès le 24 février 2000 dans son activité usuelle d'éducateur et motivée par le fait que celui-ci ne se voyait pas en mesure d'exercer cette activité à un taux plus élevé, ni ne pouvait se représenter un autre type d'emploi.

D'autre part et surtout, l'intimé s'est basé sur le fait que l'assurance-accidents - qui lui a transmis toutes les pièces médicales en sa possession - a elle-même alloué le 14 avril

2000 à son assuré une rente d'invalidité de 50% à compter du 1<sup>er</sup> avril 2000. A cet effet, cette assurance pouvait s'appuyer sur une expertise mandatée par ses soins auprès du service hospitalier évoqué ci-dessus et qui faisait état de séquelles accidentelles grevant de façon permanente la capacité de travail (voir expertise y relative du 21 décembre 1999). S'appuyant alors déjà sur les dires du recourant, les mêmes médecins précisaient que seule l'activité habituelle d'éducateur apparaissait exigible et qu'un taux d'occupation à 50% était de ce point de vue tolérable pour l'assuré ("Hierbei muss er [...] Tätigkeiten nachgehen, die er bei einer Beschäftigung von 50% zu seiner gesundheitlichen Zufriedenheit bewerkstelligen kann"; dos. AI 2/11; voir aussi dos. AI 2/10). A ces mêmes conditions, le pronostic était jugé bon, respectivement ne comportant aucun risque d'aggravation quant aux douleurs (dos. AI 2/12). Dans un rapport de suivi LAA établi le 10 février 2000 (et d'abord daté par erreur du 10 février 1999 en contradiction avec la chronologie des faits attestée dans ce document), le chirurgien opérateur indiquait encore qu'une adaptation interne à l'entreprise de l'activité usuelle ou de la place de travail n'était pas envisageable et qu'une capacité de travail à 50% permettrait au patient de préserver plus ou moins son état de santé. Il était expressément renvoyé à cet égard à l'expertise médicale du 21 décembre 1999 du service hospitalier traitant (cosignée par le médecin opérateur) et encore précisé qu'une élévation de la capacité de travail au-delà de 50% ne pouvait être pronostiquée vu l'évolution médicale observée au cours des dernières années (pour tout ce qui précède: dos. AI 2/1-2; 8/4-5).

**4.2** L'état de connaissance des faits à l'époque déterminante (voir c. 2.2 supra) montre que la décision d'octroi de rente du 4 octobre 2000 n'a pas été rendue sur des bases fiables. L'état de fait n'avait pas été suffisamment éclairci par l'intimé, à mesure que les rapports médicaux recueillis lors de l'instruction qu'elle avait menée évaluaient la problématique médicale présente et ses limitations fonctionnelles d'après les seules plaintes exprimées par l'assuré, en l'absence de toute appréciation médico-théorique réelle de la capacité de travail. L'incapacité de travail à 50% attestée dans ce contexte à l'assuré n'avait de surcroît trait qu'à son ancienne activité d'éducateur et ce, à nouveau dans les limites des aptitudes résiduelles que celui-ci s'était lui-même reconnues sur le marché de l'emploi ("zu seiner gesundheitlichen Zufriedenheit"; c. 4.1 supra). Contrairement à ce qu'allègue le recourant, son médecin opérateur ne s'était par ailleurs pas prononcé sur la question d'une réadaptation professionnelle, puisque les seules possibilités examinées (et réfutées dans son cas) d'une adaptation du poste de travail se rapportaient alors à son emploi usuel d'éducateur. En se ralliant à ces seules bases médicales pour évaluer l'invalidité de l'assuré, l'intimé, quand bien même il a aussi été influencé par l'appréciation de l'assureur-accidents (qui ne le liait pas; ATF 133 V 549 c. 6.1) a donc procédé à une application non conforme au droit des dispositions régissant les rentes de l'AI, telles qu'elles étaient déjà en vigueur à l'époque (voir principes rappelés au c. 2.2 supra; cf. également c. 2.1 supra), de sorte

que sa décision d'origine aboutissait à un octroi illicite de prestations (voir cas analogues jugés aux arrêts TF 9C\_960/2008 du 6 mars 2009 c. 4.2 et SVR 2014 IV n° 7 c. 4.3.1 et 4.3.2, ainsi que dans le JTA AI 2012/1091 du 15 novembre 2013 [c. 7] confirmé par l'arrêt TF 9C\_7/2014 du 27 mars 2014). Que le recourant puisse ressentir des douleurs aux genoux dans certains mouvements ou en adoptant certaines positions (parcours de plus de 10 minutes de marche, escaliers, position assise sans bouger ou accroupie; dos. AI 12/15, 11/2 et 4; 1/28) était certes explicable. Que ces douleurs empêchent une présence de plus d'un demi-horaire, même dans un emploi exercé surtout en position assise (susceptible de correspondre aux formations du recourant), n'était en revanche en rien étayé, si ce n'est par des raisons de convenance personnelle. Pour se conformer à son devoir d'instruction d'office, l'intimé aurait en l'occurrence bien davantage dû vérifier si les plaintes subjectives du recourant étayant l'incapacité de travail partielle documentée à son dossier pouvaient recevoir une assise supplémentaire par le biais de constatations médicales objectives propres à en attester à la fois l'existence et l'ampleur. L'intimé ne pouvait se contenter de croire l'assuré lorsqu'il affirmait que les emplois de bureau à sa portée (par exemple celui, tenté, de conseiller ORP) ne lui convenaient pas ni physiquement ni psychiquement et qu'il préférerait revenir à un travail à mi-temps comme éducateur pour personnes handicapées, qui, bien que sollicitant plus ses genoux, lui permettait de mieux vivre son handicap, avec notamment des horaires plus souples (dos. AI 9/6, 1/27 et 29). L'intimé aurait d'autant plus dû vérifier le caractère adéquat du travail jugé idéal à l'époque que plusieurs indices au dossier laissaient entrevoir que le recourant, en plus de son emploi qu'il estimait pouvoir assumer à 50%, déployait d'autres activités (participation à l'éducation de ses quatre enfants, entretien d'une grande propriété, conseiller municipal; dos. AI 1/27-29). Il s'ensuit que la décision du 4 octobre 2000 lacunaire s'avérait manifestement erronée et que c'est à bon droit dès lors que celle-ci a été annulée sur reconsidération par la décision ici contestée du 13 mars 2014, la condition de l'importance notable de la rectification étant elle aussi réalisée, puisqu'une prestation périodique était en jeu (SVR 2009 IV n° 20 c. 5.3).

**4.3** Les deux décisions subséquentes confirmant l'octroi de la demi-rente ne reposent pas sur des bases plus solides et surprennent grandement par rapport à la pratique de l'AI. La première du 3 septembre 2003 accorde une rente entière du 1<sup>er</sup> juin au 31 juillet 2003, puis confirme à nouveau la demi-rente. Cette augmentation (qui devrait être motivée par une modification notable ayant duré au moins trois mois: art. 17 al. 1 LPGA et art. 88a al. 2 du règlement fédéral du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité [RAI, RS 831.201]) repose sur les seules allégations du recourant avalisées par un rapport médical de son rhumatologue traitant du 25 juin 2003 (dos. AI/27 à 30). Dès fin 2002, sous contrat à durée indéterminée dès début 2003, le recourant avait commencé un nouvel emploi d'animateur en matière de gestion des déchets dans les écoles (non sans s'être renseigné au préalable sur le salaire réalisable lui permettant

de conserver sa rente AI; dos. AI 21, 24 à 26). Cette activité (nécessitant de nombreux déplacements et le port de matériel lourd de classe en classe) était encore moins adaptée que la précédente aux handicaps du recourant et ce dernier y a mis un terme en résiliant son contrat pour le 31 juillet 2003. Au cours de la période d'incapacité de travail qui, le 10 avril 2003 (voir dos. AI 27), lui a été attestée du 10 février au 31 juillet 2003, le recourant s'est trouvé un nouvel emploi d'animateur de jeunesse pour une corporation ecclésiastique. Quand bien même l'état des genoux s'est-il détérioré en raison du nouvel emploi et le recourant a-t-il connu une certaine déprime suite à cet échec, il est évident que l'incapacité de travail qui a été attestée, jusqu'à la fin du délai de résiliation et la reprise du nouveau travail, ne pouvait faire foi pour admettre une détérioration de l'état de santé susceptible de justifier une modification du degré de l'invalidité. Quoi qu'il en soit, la demi-rente octroyée depuis mai 2000 reposant sur des bases manifestement erronées, la détérioration passagère avalisée par le rhumatologue traitant n'aurait de toute façon pas pu justifier l'octroi d'une rente, cette détérioration n'ayant pas persisté pendant le délai d'attente d'une année (art. 29 al. 1 let. b LAI dans sa teneur jusqu'au 31 décembre 2007; actuellement: art. 28 al. 1 let. b LAI). La confirmation de demi-rente décidée le 17 août 2005 se fonde également uniquement sur le ressenti du recourant. Après avoir été averti par un certificat médical du rhumatologue traitant annonçant l'échec d'un traitement antalgique à base de morphine et l'implantation d'une neuro-modulation par stimulation des cordons postérieurs de la moelle envisagée pour novembre 2004, l'intimé a ouvert une nouvelle procédure de révision en avril 2005. La demi-rente a été maintenue sur simple constat de la continuation de l'engagement en tant qu'animateur de jeunesse à 50% et un rapport médical confirmant ce taux, ainsi qu'un autre certificat, également du rhumatologue traitant, attestant (en réalité à l'intention de l'assureur-accidents), une nouvelle fois, le besoin du recourant de pouvoir bénéficier de séjours réguliers à la mer, plus efficaces que les nombreuses autres thérapies tentées (dos. AI 44/2; voir aussi certificat du 16 avril 2002 et demande du 20 février 2002: dos. AI 23/2 et 26).

Il en découle que les deux décisions de maintien de la demi-rente accordée à tort depuis mai 2000 ne permettent en rien de corriger le caractère manifestement erroné de cet octroi et que l'annulation sur reconsidération du prononcé d'origine s'étend également aux deux confirmations de celui-ci. Que la demi-rente ait été octroyée par décision du 4 octobre 2000, donc plus de 10 ans avant la décision qui fait l'objet de la présente contestation, ne fait pas obstacle à une reconsidération au sens de l'art. 53 al. 2 LPGA (TF 8C\_424/2013 du 21 novembre 2014 c. 3.5).

## 5.

**5.1** Reste à examiner la question de savoir quelle situation prévalait à la place de la décision annulée.

**5.2** Courant mars et avril 2010, l'assuré s'est soumis à deux expertises sur les plans d'investigation respectivement rhumatologique et psychiatrique.

Dans son rapport du 31 mai 2010, l'expert rhumatologue a diagnostiqué, avec influence sur la capacité de travail, un syndrome douloureux fémoro-patellaire chronique plus accentué à droite qu'à gauche et associé à divers status (déplacement chirurgical au niveau du tuberositas tibiae droit en 1982, accident de ski le 24 décembre 1993, débridements arthroscopiques du côté droit en octobre 1995 et en juillet 1997, transplantation de cartilage/os au genou droit le 9 avril 1998, arthroscopie diagnostique avec résection du ligamentum mucosum droit le 27 mai 1999, libération latérale arthroscopique avec laser et renouvellement du cartilage du condylome fémoral médial gauche le 27 mai 1999, implantation d'un stimulateur au cordon postérieur en décembre 2004 et déplacement d'une électrode osseuse en décembre 2006), et a en outre fait état de gonarthroses ainsi que d'un trouble de l'assimilation de la douleur. Il a précisé que, bien que des douleurs à ce point intenses aux genoux (davantage accentuées du côté droit) aient contrecarré l'examen clinique complet à sa consultation, il n'avait lui-même mis en évidence aucun substrat clinique particulier, à l'instar d'ailleurs de ce qu'avait déjà retenu l'ancien service hospitalier traitant (se référant à cet égard à une appréciation du 4 janvier 2006 de ce service; dos. AI 57/16-17). Tout au plus, selon l'expert rhumatologue, un épanchement douteux ainsi qu'une légère atrophie du quadriceps ont pu être constatés du côté droit à son examen, en l'absence en revanche de toute limitation importante au niveau de la mobilité. Eu égard à ce résultat clinique, ce même spécialiste a exprimé son incompréhension quant au fait que ses confrères soient antérieurement parvenus à la conclusion que l'assuré devait être déclaré invalide à 50% sur la base de leur appréciation médicale. De son point de vue, la restriction subjective de la capacité de travail ne découle pas d'une atteinte orthopédique-rhumatologique imputable à la pathologie fémoro-patellaire, mais d'une problématique strictement liée à la douleur. Il approuve ainsi totalement l'avis du chirurgien orthopédiste qui est arrivé à la conclusion que le problème ne peut plus être résolu dans son domaine de compétence spécialisé. Aussi, il considère qu'une capacité de travail entière, moyennant une perte de rendement de 20% au maximum, est préservée dans une activité adaptée s'exerçant surtout en position assise et excluant la marche sur des terrains irréguliers ou des travaux en position accroupie.

A l'appui de son évaluation psychiatrique du 17 mai 2010 encore complétée le 26 juillet 2010, le second expert mandaté par l'AI a retenu les diagnostics influençant la capacité de travail d'un trouble panique (ICD-10:F41.0) ainsi que d'un status après une réaction dépressive dans le cadre d'un trouble de l'adaptation (ICD-10:F43.21) et, sans répercussion sur la capacité de travail, d'un status après un conflit conjugal (ICD-10:Z63.0). Dans son appréciation, il a pris position face aux conclusions divergentes d'autres médecins (rhumatologue traitant et ancienne anesthésiste et antalgiste traitante) qui attestaient encore en mars ou mai 2009 d'un état

dépressif réactionnel. Il s'en est distancié en l'absence d'un étayage précis de leur diagnostic et a dès lors confirmé la présence d'un épisode dépressif ou anxio-dépressif réactionnel unique dans les années 2006/2007 ayant temporairement restreint, pendant une durée de six mois, la capacité de travail à hauteur de 20% (dos. AI 114/15, 2<sup>e</sup> §; 114/16, ch. 6). Il a par ailleurs considéré que le trouble panique qui a grevé jusqu'en juillet 2009 de 20 à 25% la capacité de travail en raison d'attaques pouvant se manifester jusqu'à 40 fois par mois n'entravait désormais la capacité de travail que dans la mesure où le recourant devait pouvoir se retirer de son poste lors de ses crises survenant encore environ trois fois par mois à raison d'une heure chacune (dos. AI 114/13 2<sup>e</sup> §; 114/15, ch. 2; 114/16, ch. 5; 121/1); ces symptômes pouvaient de surcroît être réduits par un traitement médical idoine (dos. AI 114/16, ch. 8). D'après cette même source, une limitation durable de la capacité de travail ne pouvait par conséquent plus être retenue depuis la rémission complète de la symptomatologie dépressive en 2007 et le pronostic n'apparaissait plus défavorable (dos. AI 114/15, 3<sup>e</sup> §; 114/16, ch. 7). Le même expert psychiatre a confirmé ces conclusions à l'attention de l'assureur-accidents qui l'a en outre invité à se prononcer sur la question de la causalité accidentelle (dos. AI 124/1-4).

Dans leur appréciation bidisciplinaire du 14 mai 2010, les experts ont attesté une capacité de travail entière, dans une activité adaptée aux articulations des genoux selon le profil décrit par le rhumatologue et donnant au recourant la possibilité de se retirer momentanément en cas de crises de panique. Le spécialiste en psychiatrie a encore précisé, le 26 juillet 2010, que les crises de panique n'avaient jamais engendré une restriction de plus de 50%.

**5.3** Les expertises médicales précitées répondent aux exigences formelles posées par la jurisprudence relative à la valeur probante des documents médicaux (voir c. 2.3 supra). Elles s'appuient tout d'abord sur le résultat des examens personnels spécialisés complets de l'assuré articulés autour de paramètres précis et préétablis, en prenant en considération tous les avis médicaux antérieurs. Chacune d'entre elles s'inscrit par ailleurs dans un contexte médical défini que les experts ont veillé à rendre aussi concret et exact que possible en établissant les anamnèses personnelle, sociale, familiale et professionnelle complètes de leur patient, et prend en compte les plaintes subjectives de l'assuré, analysant leurs tenants et leurs aboutissants dans un contexte global. Les observations émises à cet égard, discutées et étayées, ont été ensuite intégrées dans l'évaluation finale de la capacité de travail à laquelle ont procédé les experts à partir des constatations objectivées tant au vu du dossier médical que des examens personnels de l'assuré.

Le recourant ne s'est pas directement prononcé sur le contenu de ces expertises à l'appui de son recours, mais a dénié toute valeur probante à celle établie sur le plan rhumatologique lors de ses précédentes observations à l'encontre des préavis des 15 septembre 2010 et 26 avril 2013. Contrairement à ce qu'il alléguait dans ce contexte, on ne saurait retenir que l'appréciation de l'expert rhumatologue mandaté par l'AI est empreinte de contradiction par le fait qu'elle admet l'existence d'affections influençant négativement la capacité de travail (c. 5.2 supra) et atteste néanmoins une capacité de travail entière à l'assuré. Les limitations

fonctionnelles induites par les pathologies invalidantes reconnues au patient ont en effet été expressément prises en compte dans cette évaluation spécialisée, à mesure que le pensum résiduel précité n'a été admis que dans des emplois s'exerçant essentiellement en position assise et qu'il est en outre grevé d'une perte de rendement de 20% liée au handicap. On ne saurait non plus suivre le recourant lorsqu'il allègue que ces limitations physiques sont telles qu'une reprise du travail apparaîtrait tout simplement irréaliste. Sur ce point précis, l'expert rhumatologue a exposé les raisons pour lesquelles, en l'absence d'un substrat organique important, il ne pouvait se rallier à l'appréciation de l'ancien chirurgien traitant attestant d'un handicap définitif au niveau orthopédique. Le dernier rapport médical du 27 septembre 2010 de ce médecin opérateur ne permet pas une autre conclusion, d'autant que le suivi médical a été interrompu en 2006 à sa consultation et que ses précédentes conclusions du 4 janvier 2006 ont déjà été intégrées dans l'expertise rhumatologique évoquée ci-dessus (c. 5.2 supra). Cette même expertise l'emporte par ailleurs également sur l'appréciation du rhumatologue traitant qui retient une capacité résiduelle de travail de 50% dans un emploi adapté, dès lors que ses conclusions ne comportent aucun profil d'exigibilité précis et semblent directement calquées sur les plaintes du patient, en l'absence de données objectives concrètes à leur appui (voir les rapports médicaux AI y relatifs au dos. AI 30/1-4; 43/1-4; 50/1-3; 52/1-3; 60/1-2; 76/1; 88/1-2; 151/1-2). Le même constat s'impose à l'égard de la Clinique universitaire en anesthésiologie et traitement de la douleur administrant à l'assuré un traitement à base de kétamine et qui, malgré une mobilité normale constatée aux genoux ainsi qu'une allodynie et une hyperalgésie mentionnées comme seuls substrats organiques, attestait néanmoins en juillet 2011 une capacité de travail réduite de 50% avec une baisse de rendement supplémentaire de 10% (dos. AI 159/2-6).

Ainsi que l'a souligné l'expert rhumatologue mandaté par l'AI et hormis les rares limitations constatées du point de vue fonctionnel (et justifiant la perte de rendement de 20% reconnue), la problématique présentée par l'assuré ne relève dès lors pas d'une atteinte objective à sa santé physique (ce que le rhumatologue traitant atteste aussi à tout le moins depuis début 2007, ayant par ailleurs reconnu le caractère justifié d'une activité adaptée dès juillet 2007; dos AI 50 et 60). Or, compte tenu de la difficulté inévitable d'établir la preuve de douleurs, la pratique judiciaire (ATF 136 V 279 c. 3.2.1) part en règle générale du principe que les plaintes subjectives de la personne assurée ne suffisent en soi pas déjà à fonder une incapacité de travail entière ou partielle. Dans le cadre de l'examen du droit aux prestations de l'assurance sociale, l'allégation de douleurs doit en effet être confirmée par des observations médicales concluantes, à défaut de quoi une appréciation du droit aux prestations ne peut être assurée de manière conforme à l'égalité de traitement entre assurés (voir également à ce sujet: ATF 130 V 352 c. 2.2.2; TF 9C\_7/2014 du 27 mars 2014 c. 4.2.2). En tout état de cause, on ne saurait non plus considérer au cas particulier, en l'absence d'une comorbidité psychiatrique, que le processus maladif revêt un caractère invalidant à la lumière des critères fixés par la jurisprudence pour juger du caractère invalidant des syndromes somatiques à l'étiologie incertaine (cf. ATF 130 V 352 c. 2.2.3; TF 9C\_7/2014 du 27

mars 2014 c. 4.2.2). Le recourant n'est que très peu limité dans l'accomplissement de ses tâches quotidiennes et ne présente aucun retrait social évident et objectif, ainsi que le montrent les anamnèses et les activités quotidiennes décrites par les deux experts: vie avec deux de ses enfants dans la vaste maison, nouvelle compagne ayant elle-même quatre enfants, amis, travaux ménagers et loisirs telle l'activité de vente de voitures exercée alors à mi-temps (celle de conseiller en automobiles était indiquée dans un curriculum vitae de 2007 [dos. AI 67] en tant que hobby, avec celle de conseiller en vins valaisans), la lecture, des transactions et de la correspondance sur internet. Ce mode de vie ancré socialement et caractérisé par de nombreux intérêts est par ailleurs aussi confirmé par les rapports des cliniques universitaires impliquées dans les investigations pratiquées en 2006 et 2007 en vue de soulager la douleur, quand bien même, durant cette époque de crise, prévalait un diagnostic de trouble somatoforme douloureux sur fond de crise matrimoniale, toutefois sans le symptôme central d'une baisse d'humeur persistante (voir à ce sujet, dos. AI 57/11 et rapport du 16 mai 2007 de la consultation interdisciplinaire de traitement de la douleur de l'hôpital universitaire: dos. AI 59/8-11: sans prise d'antalgiques, douleur disparaissant pratiquement entièrement dans la chaleur du lit ou lors des séjours réguliers dans le sud, occupations familiales [à l'époque: quatre enfants recueillis en plus des quatre propres enfants, adolescents], ménagères et de jardinage).

**5.4** Sur la base des investigations spécialisées menées par l'intimé, il y a par conséquent lieu de retenir que le recourant dispose d'une capacité de travail entière, à plein temps et moyennant une perte de rendement d'au maximum 20%, dans une activité adaptée telle que celle décrite par les experts (c. 5.2 supra) et ce, sans changement notable depuis la décision d'origine du 4 octobre 2000. Les derniers éléments recueillis au dossier de la cause ne permettent en effet pas d'inférer une péjoration sur le plan médical depuis les expertises rhumatologique et psychiatrique réalisées en 2010 jusqu'à la date de la décision contestée. Du point de vue psychiatrique d'une part, la nouvelle expertise établie le 20 juillet 2012 sur mandat de l'AI exclut même désormais toute atteinte invalidante à la santé et, dès lors, toute limitation consécutive de la capacité de travail (quand bien même la précédente expertise psychiatrique de 2010 parvenait déjà pratiquement à ce résultat). Le nouvel expert psychiatre prend en outre expressément position sur l'appréciation divergente d'un psychiatre traitant qui attestait le 24 septembre 2010 une incapacité de travail de 50% au minimum, respectivement en l'état de 100%, en raison d'un syndrome dépressif caractéristique. Il s'en distancie lui-même au motif probant que cette appréciation antérieure ne s'appuie sur aucun diagnostic médical et que l'assuré a lui-même nié avoir nécessité une prise en charge psychopharmacologique, en milieu psychiatrique, ou s'être adressé à d'autres psychiatres ou psychothérapeutes (dos. AI 189.1/14; voir aussi description du déroulement du quotidien: dos. AI 189.1/11). Du point de vue somatique, un spécialiste en médecine interne du SMR a par ailleurs nié

toute modification significative de l'état de santé depuis l'expertise rhumatologique du 31 mai 2010, discutant de manière détaillée et convaincante les derniers rapports médicaux recueillis au dossier AI (absence d'atteintes ayant des répercussions déterminantes sur la capacité de travail) et concluant sur leur base à la prédominance en l'état toujours d'une problématique douloureuse tendant même encore à s'étendre (dos. AI 192/3-6, 195/5-7 [traduction du rapport médical en français]). Ces conclusions ont été confirmées le 17 juillet 2013 par le biais d'une spécialiste en médecine générale du SMR qui a encore précisé que des gonarthroses fémoro-patellaires, si elles pouvaient certes causer des douleurs, n'étaient pas de nature à entraver la capacité de travail hormis dans des professions lourdes (couvreur, carreleur, éventuellement paysan) précisément non exercées par l'assuré (dos. AI 204/2-5).

## 6.

**6.1** Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que le recourant 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 (méthode générale de comparaison des revenus; art. 16 LPGA; ATF 128 V 29 c. 1, 104 V 135 c. 2a et b). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment (hypothétique) de la naissance du droit à la rente; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à une même période et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente survenues jusqu'à la date de la décision être prises en compte (ATF 129 V 222, 128 V 174).

**6.2** Dans la décision en reconsidération contestée du 13 mars 2014, l'Office AI a évalué le degré d'invalidité en procédant à bon droit à la comparaison de deux revenus hypothétiques relatifs à l'année 2000. S'agissant de reconsidérer la décision du 4 octobre 2000 ayant accordé au recourant une demi-rente rétroactive à partir du 1<sup>er</sup> mai 2000 (délai d'attente d'une année d'après l'ancienne teneur de l'art. 29 al. 1 let. b LAI en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007; actuellement: art. 28 al. 1 let. b), l'année de référence pour procéder à la comparaison des revenus est bien l'année 2000, date du début du droit à la rente.

**6.3** S'agissant du *revenu sans invalidité*, d'après les indications du 23 mars 2000 de l'institution qui employait l'assuré dès 1998 comme éducateur (dos. AI 8/1-3), sans atteinte à la santé, ce dernier aurait perçu en 2000 un revenu de Fr. 75'693.80.

Le recourant n'ayant plus exercé d'activité lucrative exigible adaptée à son état depuis la survenance de l'atteinte à la santé, selon la jurisprudence, l'intimé s'est fondé sur l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS), publiée régulièrement par l'Office fédéral de la statistique (OFS; ATF 135 V 297 c. 5.2; SVR 2010 IV n° 52 c. 4.3.1). Pour déterminer *le revenu d'invalide*, comme l'assuré n'est plus en mesure d'effectuer que des travaux physiques non

contraignants et qu'il dispose de plusieurs formations notamment dans le domaine des services (dos. AI 67/1-2), l'intimé s'est à juste titre référé au revenu brut moyen dans des activités impliquant des connaissances professionnelles spécialisées (niveau d'exigences 3), chez les hommes, dans le secteur des services (rubriques 50-93), en adaptant le salaire brut standardisé de l'ESS fondé sur un horaire de travail hebdomadaire de 40 heures à la durée de travail hebdomadaire moyenne usuelle dans les entreprises (ATF 126 V 75 c. 3b/bb). En outre, l'intimé a procédé à un abattement de 20% sur le salaire statistique retenu en raison de la baisse de rendement attestée dans une activité adaptée aux handicaps. Ce faisant, sur la base de l'ESS 2000 (table TA1, hommes, niveau 3, secteur 3 services [valeur moyenne], soit Fr. 5'276.- par mois, 12 fois l'an), l'on obtient, après prise en compte de cette baisse de rendement de 20% et adaptation au temps de travail usuel moyen de 41,9 heures par semaine en 2000 pour le secteur tertiaire, un revenu annuel de Fr. 53'055.45.

**6.4** Après comparaison de ce montant avec le revenu sans invalidité de Fr. 75'693.80 défini plus haut, il en résulte un degré d'invalidité de 30% (après arrondissement; ATF 130 V 121), taux inférieur au degré minimal de 40% nécessaire pour ouvrir le droit à une rente d'invalidité (c. 2.1 supra).

En l'occurrence, conformément à l'art. 88<sup>bis</sup> al. 2 let. a RAI, la suppression de la demi-rente du recourant prend effet le premier jour du deuxième mois qui suit la notification de la décision contestée (et non à la fin du mois qui suit la date de la décision comme indiqué à tort dans le préavis du 26 avril 2013 [formulation toutefois non reprise dans la décision du 13 mars 2014]; dos. AI 196/7 en haut), soit le 1<sup>er</sup> mai 2014. En effet, une suppression rétroactive (art. 88<sup>bis</sup> al. 2 let. b RAI) n'entre pas en ligne de compte, car l'état de fait ne permet pas d'établir que l'assuré se serait fait attribuer la rente irrégulièrement ou aurait violé son obligation de renseigner.

Si le recourant entend obtenir l'appui de l'AI en vue d'une aide au placement, il lui appartient d'introduire une demande dans ce sens. En effet, la situation du recourant ne justifiait pas la mise en œuvre exceptionnelle préalable à la suppression de la rente, de mesures d'ordre professionnel: le recourant n'avait pas atteint l'âge de 55 ans et il n'avait pas touché sa demi-rente pendant plus de quinze ans au moment de la décision de suppression sur reconsidération (TF 9C\_920/2013 du 20 mai 2014, cpr. c. 4.3 et 4.5, 9C\_152/2013 du 3 septembre 2013 c. 2). En outre, ce qu'il y a lieu de saluer, le recourant est resté actif sur le marché du travail jusqu'à début 2012 et au vu de la capacité de travail qui lui est attestée, de ses expériences professionnelles (y compris le dernier reclassement accordé par l'AI), ainsi que de ses activités privées, on ne saurait considérer qu'une réadaptation par lui-même ne peut être exigée de lui (TF 9C\_178/2014 du 29 juillet 2014 c. 7.1.2.2, 9C\_474/2013 du 20 février 2014 c. 6.2.1 et 9C\_228/2010 du 26 avril 2011 = SVR 2011 IV n° 73 c. 3.3-3.5).

**7.**

**7.1** Au vu de tout ce qui précède, le recours doit être rejeté.

**7.2** En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice. Les frais de procédure, fixés à Fr. 700.-, sont mis à la charge du recourant, qui succombe, et sont compensés par son avance de frais (art. 69 al. 1<sup>bis</sup> LAI).

**7.3** Le recourant, qui n'obtient pas gain de cause, ne peut prétendre au remboursement de ses dépens ou d'une indemnité de partie (art. 61 let. g LPGA, 104 al. 2 et 108 al. 1 et 3 LPJA), pas plus que l'Office AI, qui agit dans l'accomplissement d'une tâche de droit public (art. 104 al. 3 LPJA).

**Par ces motifs:**

1. Le recours est rejeté.
2. Les frais de la procédure, fixés forfaitairement à Fr. 700.-, sont mis à la charge du recourant et compensés par son avance de frais.
3. Il n'est pas alloué de dépens.
4. Le présent jugement est notifié (R):
  - au mandataire du recourant,
  - à l'intimé,
  - à l'Office fédéral des assurances sociales,
  - à (...),
  - à (...).

La présidente:

La greffière:  
e.r.: Ph. Berberat, greffier

**Voie de recours**

Dans les 30 jours dès la notification écrite de ses considérants, le présent jugement peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public auprès du Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne, au sens des art. 39 ss, 82 ss et 90 ss de la loi fédérale du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral (LTF, RS 173.110).