

200.2023.578/885.AI
N° AVS
ANP/EGC

Tribunal administratif du canton de Berne
Cour des affaires de langue française

Jugement du 16 juin 2024

Droit des assurances sociales

G. Niederer, président
G. Zürcher et A.-F. Boillat, juges
P. Annen-Etique, greffière

A. _____
représenté par Me B. _____
recourant

contre

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

relatif à deux décisions de ce dernier des 26 juin et 10 novembre 2023



En fait:

A.

A. _____, né en 1973, sans enfant et vivant en union libre, engagé dès septembre 1991 comme monteur de voies ferrées (après une formation de deux ans dans cette profession), s'est annoncé en septembre 2012 à l'assurance-invalidité (AI) en raison d'une luxation du genou droit avec bursite consécutive à un accident survenu le 1^{er} mars 2012. Entre mi-novembre 2012 et fin novembre 2015, l'AI lui a accordé des mesures de maintien à son poste de travail puis, après la perte de ce poste à fin mars 2014, une observation professionnelle et un entraînement au travail (interrompu prématurément), ainsi que divers placements à l'essai (l'un ayant abouti à un engagement temporaire dans la logistique). Entre 2013 et 2015, l'assuré a en outre bénéficié de mesures du marché du travail et d'un cours individuel dans le cadre de l'assurance-chômage (AC). Par décision du 18 décembre 2015, l'Office AI Berne lui a nié le droit à une rente d'invalidité. Dès juin 2016, l'assuré a travaillé comme opérateur en horlogerie, puis a été engagé courant mars 2017 en qualité de gestionnaire de stocks auprès d'une entreprise horlogère.

B.

A fin novembre 2018, l'intéressé s'est à nouveau annoncé à l'AI en raison d'abcès annaux avec fistules datant du 29 septembre 2015. En consultant les généraliste et chirurgien traitants, l'Office AI a été informé de la quinzaine d'opérations réalisées dès octobre 2015 en lien avec cette problématique. Il a en outre obtenu des informations auprès de l'employeur, puis d'un psychiatre et d'un nouveau chirurgien traitant, consultés vers fin 2018 et mi-2019. Par le biais de l'assureur perte de gain en cas de maladie, l'Office AI a de plus été informé des dernières interventions pratiquées avec l'assistance d'un autre chirurgien, spécialiste en proctologie et périnéologie. Postérieurement au licenciement de l'assuré à fin janvier 2020, il a mis fin le 17 mars 2020 aux mesures de réadaptation à l'ancien poste de travail. Après avoir consulté le Service médical régional

des Offices AI Berne/Fribourg/Soleure (SMR), cet office a octroyé par décision du 6 août 2020 une rente entière depuis le 1^{er} octobre 2019, confirmée le 3 mars 2021 lors d'une première révision du droit à la rente.

C.

A l'occasion d'une nouvelle révision de la rente en septembre 2021, l'Office AI a recueilli l'appréciation d'un médecin généraliste, ainsi que celle du psychiatre traitant (l'avis du chirurgien traitant ayant été requis lors de la précédente révision de rente initiée en janvier 2021). Il a en outre obtenu l'avis d'un neurologue et d'un spécialiste de la douleur, de même que le rapport de sortie d'une clinique de la douleur où l'assuré avait séjourné du 31 mars au 21 avril 2022. Sur les conseils du SMR, le même office a diligencé une expertise pluridisciplinaire (en chirurgie, médecine interne, neurologie et psychiatrie), dont les conclusions ont été livrées le 13 février 2023. Le 23 mars 2023, il a préavisé la suppression de la rente dès la fin du mois suivant sa décision. L'assuré s'y est opposé le 5 mai 2023, par un avocat, en produisant divers rapports médicaux. Le centre d'expertise s'est prononcé le 23 mai 2023 sur ces éléments, puis le 22 juin 2023 sur un nouveau rapport médical produit dans l'intervalle. Par décision du 26 juin 2023, l'Office AI a statué dans le sens annoncé dans son préavis.

D.

Le 14 août 2023, l'assuré, par son avocat, a porté le litige devant le Tribunal administratif du canton de Berne (TA). Sous suite de frais et dépens, il conclut à l'admission du recours et à la restitution de l'effet suspensif à celui-ci, principalement à la réformation de la décision rendue le 26 juin 2023 par l'Office AI en ce sens que le versement de la rente se poursuive dès le 1^{er} juillet 2023 et, à titre subsidiaire, à l'annulation de cette décision et au renvoi de la cause audit office pour instruction complémentaire et nouvelle décision. En possession d'une prise de position de l'intimé du 23 août 2023 ayant retenu des conclusions allant dans ce sens, le Juge instructeur a rejeté la requête d'effet suspensif par

décision incidente du 29 août 2023. Dans sa réponse du 18 septembre 2023, l'intimé conclut au rejet du recours. Les parties ont répliqué et dupliqué les 5 et 18 octobre 2023 en maintenant leurs conclusions respectives, moyennant encore production par le mandataire du recourant d'une note d'honoraires datée du 4 octobre 2023.

E.

Le Tribunal a été saisi d'un second recours, interjeté le 13 décembre 2023 par l'assuré, représenté par le même mandataire, contre une décision du 10 novembre 2023 de l'intimé niant un droit à des mesures professionnelles. A l'appui, le recourant conclut à l'admission du recours, principalement à la réformation de la décision contestée en ce sens que lui soit reconnu un droit à des mesures professionnelles et, subsidiairement, à l'annulation de celle-ci ainsi qu'au renvoi de la cause à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision. Il requiert en outre la suspension de la procédure jusqu'à droit connu dans celle relative à la rente également pendante devant le TA, respectivement et subsidiairement la jonction de ces procédures. Par décision incidente du 18 décembre 2023, le Juge instructeur a joint les deux procédures de recours. Dans sa réponse du 10 janvier 2024, l'intimé conclut au rejet du recours. Le mandataire du recourant a déposé une note d'honoraires du 1^{er} février 2024 pour la seconde procédure.

En droit:

1.

1.1 Les décisions des 26 juin et 10 novembre 2023 représentent l'objet de la contestation. Elles ressortissent au droit des assurances sociales et prononcent, pour l'une, la suppression de toute rente au 1^{er} août 2023 (le

premier jour du deuxième mois qui suit la notification de la décision de rente contestée et non à la fin du mois suivant celle-ci, comme indiqué par l'intimé; voir art. 88^{bis} al. 2 let. a du règlement fédéral du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité [RAI, RS 831.201], dans sa teneur inchangée depuis le 1^{er} janvier 1983) et, quant à la seconde, le refus de mesures professionnelles. L'objet du litige porte sur l'annulation de ces décisions, principalement sur le maintien de la rente dès le 1^{er} juillet 2023 (recte: le 1^{er} août 2023) ainsi que l'octroi de mesures professionnelles, respectivement et subsidiairement sur le renvoi de la cause à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelles décisions sur ces objets.

1.2 Interjetés en temps utile (compte tenu des fêtes judiciaires), dans les formes prescrites, auprès de l'autorité de recours compétente, par une partie disposant de la qualité pour recourir et dûment représentée, les recours sont recevables (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]; art. 15 et art. 74 ss de la loi cantonale du 23 mai 1989 sur la procédure et la juridiction administratives [LPJA, RSB 155.21]).

1.3 Le jugement des causes 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 Tribunal examine librement les décisions contestées 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.

Est tout d'abord litigieux le droit à la rente tel que fixé dans la première décision contestée du 26 juin 2023.

2.1 La modification du 19 juin 2020 de la LAI (développement continu de l'AI, RO 2021 705) et d'autres actes législatifs (notamment le RAI et la

LPGA) est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2022 (RO 2021 705). D'un point de vue temporel, sont en principe applicables – sous réserve d'une règle contraire de droit transitoire – les dispositions en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits ou à l'époque de l'état de fait ayant des conséquences juridiques (ATF 148 V 162 c. 3.2.1, 144 V 210 c. 4.3.1). Dans les cas de révision selon l'art. 17 LPGA (voir c. 2.5 ci-après), le ch. 9102 de la Circulaire sur l'invalidité et les rentes dans l'assurance-invalidité (CIRAI, dans sa teneur valable depuis le 1^{er} janvier 2022; sur la signification des directives administratives, voir ATF 144 V 195 c. 4.2) prévoit ce qui suit. Si la modification déterminante s'est produite avant le 1^{er} janvier 2022, les dispositions de la LAI et celles du RAI dans leur version valable jusqu'au 31 décembre 2021 s'appliquent. Si la modification déterminante s'est produite après le 31 décembre 2021, les dispositions de la LAI et celles du RAI dans leur version entrant en vigueur le 1^{er} janvier 2022 s'appliquent. La date de la modification déterminante est déterminée selon l'art. 88a RAI (voir ch. 5500 ss CIRAI; arrêt du Tribunal fédéral [TF] 8C_658/2022 du 30 juin 2023 c. 3.2). En l'espèce, le changement potentiellement déterminant dans les circonstances de fait (recouvrement dès octobre 2020 d'une capacité de travail entière avec un rendement réduit de 20% dans une activité adaptée; dossier [dos.] AI 239.1/5 ch. 4.6 et 4.9) se situe avant le 1^{er} janvier 2022. La suppression de la rente au 1^{er} août 2023, contestée en l'espèce, s'apprécie par conséquent selon le droit en vigueur avant le 1^{er} janvier 2022 (voir en ce sens aussi: VGE IV/2023/284 du 12 octobre 2023 c. 2.1 et VGE IV/2023/110 du 16 août 2023 c. 2.1).

2.2 Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA). 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 qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA).

2.3 Hormis les atteintes à la santé mentale et physique, les atteintes à la santé psychique peuvent également entraîner une invalidité (art. 8 en

relation avec l'art. 7 LPGA). Le point de départ de l'examen du droit aux prestations selon l'art. 4 al. 1 LAI, ainsi que les art. 6 ss LPGA, et en particulier 7 al. 2 LPGA, est l'ensemble des éléments et constatations médicales. Une limitation de la capacité d'exécuter une tâche ou une action ne peut fonder le droit à une prestation que si elle est la conséquence d'une atteinte à la santé qui a été diagnostiquée de manière indiscutable par un médecin spécialiste de la discipline concernée (ATF 145 V 215 c. 5.1). Le seul diagnostic d'une atteinte à la santé ne suffit toutefois pas pour admettre que celle-ci a un caractère invalidant. Selon le texte clair de la loi, c'est l'influence de l'atteinte à la santé sur la capacité de travail et de gain qui est déterminante. La question cruciale réside dans le fait de savoir si l'on peut exiger de la personne assurée, compte tenu de la souffrance éprouvée, qu'elle travaille à temps plein ou à temps partiel (ATF 142 V 106 c. 4.4). Les experts médicaux doivent motiver le diagnostic de telle manière que l'organe d'application du droit puisse comprendre si les critères de classification sont effectivement remplis (ATF 143 V 124 c. 2.2.2, 141 V 281 c. 2.1.1). Selon la jurisprudence du TF, le point de savoir si une atteinte à la santé psychique entraîne une invalidité ouvrant le droit à une rente se détermine au moyen d'une grille d'évaluation normative et structurée (ATF 143 V 418 c. 7, 141 V 281 c. 4.1). Cela vaut pour l'ensemble des troubles psychiques (ATF 143 V 418 c. 7.2).

2.4 Selon l'art. 28 al. 1 LAI, a droit à une rente l'assuré dont la capacité de gain ou la capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a), qui a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et qui au terme de cette année est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (let. b et c). Selon l'ancien art. 28 al. 2 LAI (dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021, RO 2007 5129), 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.

2.5 Constitue un motif de révision tout changement sensible de la situation réelle propre à influencer le degré d'invalidité, donc le droit à la rente. La rente d'invalidité peut ainsi être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais également lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain (ou l'accomplissement des travaux habituels) ont subi un changement notable. C'est notamment le cas d'une amélioration de la capacité de travail en raison de l'accoutumance ou de l'adaptation au handicap (ATF 144 I 103 c. 2.1, 141 V 9 c. 2.3; SVR 2021 IV n° 36 c 3.1). Selon une jurisprudence constante, l'appréciation différente d'un état de fait qui, pour l'essentiel est demeuré inchangé, n'appelle pas à une révision (ATF 147 V 161 c. 4.2, 144 I 103 c. 2.1). Il faut prendre en compte comme bases temporelles déterminantes pour la comparaison, d'une part, l'état de fait au moment de la décision d'octroi de rente initiale et, d'autre part, celui au moment de la décision de révision litigieuse (ATF 130 V 343 c. 3.5.2, 125 V 368 c. 2; SVR 2010 IV n° 53 c. 3.1).

2.6 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 140 V 193 c. 3.2, 132 V 93 c. 4; SVR 2021 IV n° 54 c. 2.3).

2.7 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 (ATF 143 V 124 c. 2.2.2, 125 V 351 c. 3a).

3.

3.1 Pour justifier la suppression de toute rente au 1^{er} août 2023, l'intimé se rallie dans la décision contestée et sa réponse au recours à l'expertise pluridisciplinaire du 13 février 2023, ainsi qu'aux compléments des 23 mai et 22 juin 2023 apportés à celle-ci. A son sens, cette expertise revêt une entière force probante et n'est pas remise en cause par les nouvelles pièces médicales produites par le recourant. L'intimé infère de cette appréciation une amélioration de la situation médicale depuis la décision de rente initiale du 6 août 2020 et, partant, la présence d'un motif de révision de la rente. Dès lors que le recourant était âgé de 49 ans au moment de la décision litigieuse et ne percevait alors une rente que depuis trois ans, l'intimé considère que la pratique l'obligeant à accorder des mesures professionnelles préalablement à la suppression de la rente ne trouve pas application. En comparant un revenu sans handicap fondé sur le dernier salaire réalisé dans l'horlogerie avec un revenu d'invalidé basé sur les statistiques, l'intimé évalue le degré d'invalidité à 22%.

3.2 Dans son recours, l'assuré fait grief à l'intimé d'avoir violé le devoir d'instruction en évaluant ses aptitudes résiduelles sur la base de l'expertise pluridisciplinaire. Il reproche tout d'abord à l'expert désigné lors de celle-ci pour la chirurgie un manque d'objectivité, ainsi que des conclusions contradictoires et insuffisamment motivées sous l'angle des limitations fonctionnelles reconnues. A son sens, les observations rendues par les experts en médecine interne et en neurologie s'avèrent tout aussi lacunaires. En dernier lieu, le recourant qualifie l'évaluation consensuelle d'insoutenable vu les appréciations contradictoires qui l'étayaient et l'absence de toute limitation fonctionnelle retenue en lien avec ses troubles périnéaux chroniques. Au surplus, il conteste les revenus avec et sans handicap pris en compte pour le calcul de son degré d'invalidité. L'assuré déplore enfin qu'aucune mesure de réadaptation professionnelle ne lui ait été proposée par l'intimé avant que ce dernier ne supprime sa rente et n'évalue sa capacité de travail résiduelle.

4.

4.1 En règle générale, le juge des assurances sociales apprécie la légalité de la décision attaquée d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue, à moins que les nouveaux rapports médicaux invoqués soient de nature à influencer sur l'appréciation au moment où la décision attaquée a été prononcée (ATF 148 V 21 c. 5.3 et les références; SVR 2008 IV n° 8 c. 3.4). Au présent cas, faute de remplir l'éventualité prédécrite, les rapports médicaux des 25, 30 août et 11 septembre 2023 produits en procédure de recours (dos. recourant [rec.] 27 à 29], tous trois postérieurs à la décision contestée du 26 juin 2023, ne peuvent être pris en compte dans l'appréciation des preuves.

4.2 En l'espèce, s'agissant d'une procédure de révision (matérielle) de rente (art. 17 LPGA), il convient d'examiner si un changement sensible de la situation réelle, propre à influencer le degré d'invalidité, s'est produit entre la décision d'octroi de rente initiale du 6 août 2020 et celle litigieuse du 26 juin 2023 (voir c. 2.5).

4.3 Antérieurement à sa décision du 6 août 2020, suite au dépôt de la demande de prestations originelle du 12 septembre 2012, l'intimé disposait à son dossier de l'appréciation d'un généraliste traitant (y compris les rapports relatifs aux investigations complémentaires initiées par celui-ci), de celle du chirurgien ayant jadis opéré l'assuré au genou droit après sa lésion accidentelle du 1^{er} mars 2012, ainsi que des conclusions du service médical de l'ancien employeur (dos. AI 13/1 ss; 16/2 s.; 18/1 s.; 23/2 ss; 26/2 ss; 29/2; 67/1 ss; 68/1 ss). Il en ressortait qu'après une réadaptation professionnelle menée à bien à l'aide de l'AI dans la logistique, le recourant disposait d'une capacité de travail entière dans une telle activité adaptée et ce, depuis janvier 2013. La décision du 18 décembre 2015 niant conséquemment le droit à une rente (invalidité de 22%) n'a pas été contestée par l'assuré (dos. AI 91/1 ss).

4.4 Suite au dépôt de la nouvelle demande de prestations du 19 novembre 2018 à l'origine de la rente entière allouée le 6 août 2020 avec effet au 1^{er} octobre 2019, l'intimé a eu connaissance de ces éléments.

4.4.1 Les chirurgiens ayant prodigué les premiers traitements pour la problématique fistulaire, à raison de cinq opérations pratiquées entre octobre 2015 et décembre 2016, ont diagnostiqué à fin 2016/début 2017 des fistules transsphinctériennes persistantes locales à 4-5 heures en position de coupe de pierre avec un abcès résiduel dans la fosse ischio-rectale gauche (dos. AI 125/30 ss; 127.2/40 ss; 165/2 s.).

4.4.2 Un nouveau chirurgien consulté dès mi-2017, ayant effectué les seize interventions suivantes entre janvier et août 2018 (excepté deux d'entre elles préparées par lui, mais réalisées par un confrère), a fait état le 30 novembre 2018 de douleurs périnéales et d'écoulements anaux aléatoires rendant tout pronostic difficile. D'après lui, une activité physique moins intense que celle exercée jadis dans l'horlogerie était propice à une amélioration et à une stabilisation de la situation. En l'état, il jugeait l'évolution légèrement favorable, mais insistait sur la récurrence des fistules en dépit des traitements chirurgicaux agressifs déjà prodigués. Des périodes temporaires d'incapacité de travail étaient attestées du 26 janvier au 29 avril 2018 (à 100%) et du 30 avril au 20 mai 2018 (à 50%; dos. AI 125/4 ss ch. 2.1 s., 2.5 et 3.4; 165/2 s.). Une imagerie par résonance magnétique (IRM) du bassin, réalisée le 20 juillet 2018, concluait à la récurrence d'une fistule périanales préexistante, ainsi qu'à celle de l'abcès périanal gauche dans la fosse ischio-rectale (dos. AI 127.2/9).

4.4.3 Le 30 novembre 2018, le généraliste traitant a évoqué la problématique fistulaire et son "impact sur le moral" de son patient, à l'origine d'une évaluation psychiatrique le 28 novembre 2018. Des limitations fonctionnelles étaient énumérées quant à la position assise prolongée et aux douleurs nocturnes parfois intenses, génératrices d'absences répétées au poste de travail. Le pronostic était toutefois jugé bon moyennant adaptation du poste de travail et une incapacité de travail de 50% prescrite du 9 octobre 2018 au 1^{er} janvier 2019 (dos. AI 121/3 ss ch. 1.3, 2.1, 2.5, 2.7, 3.2 et 3.4).

4.4.4 Dès mi-avril 2019, le recourant a consulté un autre chirurgien, spécialisé en proctologie et périnéologie. Une échographie initiée par ce médecin a confirmé la présence d'une fistule en héli fer à cheval, transsphinctérienne haute et complexe, pour laquelle une technique

chirurgicale associant une fistulectomie, une sphinctéroplastie et l'abaissement d'un lambeau muqueux a été proposée (dos. AI 137/4 s.). Cette intervention, pratiquée le 24 mai 2019 en présence de ce spécialiste et d'un nouveau chirurgien traitant, a révélé une évolution satisfaisante jusqu'à ce qu'une récurrence de la fistule nécessite deux autres interventions en date des 11 octobre 2019 et 26 juin 2020 (dos. AI 150/11; 150/14; 153.2/8; 165/3; 195/1).

4.4.5 Le 26 novembre 2019, le psychiatre traitant a posé le diagnostic sans influence sur la capacité de travail d'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, sans syndrome somatique au sens de la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes (CIM-10) de l'Organisation mondiale de la santé (ch. F33.10 CIM-10). Il a réservé une aggravation de la thymie en cas de persistance des problèmes somatiques, excluant en l'état toute limitation fonctionnelle d'ordre psychique (dos. AI 143/3 ss ch. 1.3, 2.6 s. et 4.1).

4.4.6 Se prononçant le 16 janvier 2020, le nouveau chirurgien traitant a évoqué un status postérieur à plusieurs cures de drainage d'une fistule anale compliquée, à une fistulectomie, à une reconstruction du profil du canal anal et à une couverture par lambeau muqueux. Il a mentionné la persistance d'un écoulement citrin, toutefois en diminution, ainsi qu'une douleur sur le versant gauche. Des périodes d'incapacité de travail à 100% étaient attestées du 23 mai au 18 août 2019, ainsi que du 11 octobre 2019 au 6 mars 2020 (dos. AI 150/3 ss ch. 1.3, 2.1 s.).

4.4.7 Une médecin interniste du SMR a diagnostiqué le 25 mai 2020 un système fistulaire périanal complexe et récidivant, des épisodes dépressifs récidivants, de degré moyen en novembre 2019, sans syndrome somatique (ch. F33.10 CIM-10) et un status après un traumatisme du genou gauche avec luxation de la rotule en 2012. Elle a estimé que l'ancienne activité n'était plus exigible aussi longtemps que le système fistulaire complexe ne serait pas définitivement assaini. En l'état, une incapacité de travail à 50% était plausible depuis le 25 janvier 2018 avec des fluctuations à 100% autour des récurrences ainsi que des opérations et perdurerait à tout le moins jusqu'à la guérison de la fistule, dont une nouvelle opération était prévue le 26 juin 2020. Aussi, une réévaluation du cas était recommandée au plus tôt

d'ici six mois (dos. AI 168/5 ss). Cette réévaluation a été initiée en janvier 2021 par l'intimé et a débouché sur le maintien de la rente entière, après obtention d'un rapport du 26 février 2021 auprès du chirurgien traitant (dos. AI 195/1; 196/1 s.).

4.5 A la date de la décision contestée du 26 juin 2023 et suite à la nouvelle révision de rente mise en œuvre par l'intimé en septembre 2021, les principales sources médicales suivantes étaient disponibles au dossier.

4.5.1 A l'issue d'une consultation du 12 août 2021 (rapport du même jour réceptionné le 13 octobre 2021 par l'intimé), le chirurgien traitant a écarté tout signe direct ou indirect d'une fistule et a observé un tonus sphinctérien insuffisant pour considérer celui-ci comme normal et anatomiquement intègre. Hormis de la physiothérapie pour stabiliser le bassin, il a recommandé un examen neurologique complet afin de cartographier la zone de la douleur et son origine (dos. AI 202/1). Le 9 juin 2022, ce médecin a diagnostiqué des douleurs chroniques et une incontinence anale épisodique après 25 opérations d'une fistule anale complexe. A défaut d'une évolution des douleurs périanales irradiant vers le membre inférieur gauche, même après un séjour dans une clinique de la douleur, il a préconisé une solution définitive avec l'AI (dos. AI 247/25). Dans un ultime rapport du 25 avril 2023, le même chirurgien a considéré que la problématique actuelle marquée par les douleurs et une incontinence occasionnelle (sans récurrence de la fistule) était "certainement handicapante pour [la] vie quotidienne" de son patient et justifiait une incapacité de travail de 50 à 60% (dos. AI 247/26).

4.5.2 Un neurologue a exclu à son status du 4 octobre 2021 des déficits moteur (hormis la faiblesse sphinctérienne) ainsi que dans le territoire crural ou ilio-inguinal, propres à expliquer les douleurs présentes d'apparence neuropathique. Il a également écarté tout déficit sensitif, mais a constaté une zone de dysesthésies dans le territoire du nerf génito-fémoral ainsi qu'ilio-inguinal et, plus discrètement, au niveau du nerf crural. Selon ses observations, les réflexes ostéotendineux avaient tous été perçus et il n'existait pas de signe pyramidal ni d'amyotrophie. Des scores dans la norme ont été relevés à son examen électromyographique des amplitudes, vitesses et latences. Il a toutefois précisé que seul un

électromyogramme des sphincters permettrait d'évaluer les localisations nerveuses douloureuses, examen qu'il a déconseillé vu sa technicité et le fait qu'une lésion nerveuse ne changerait de toute façon rien au suivi médical avec un statut infectieux en l'état contrôlé (dos. AI 206/2 ss). Une prescription de Lyrica destinée à atténuer les douleurs n'a pas été supportée par l'assuré (dos. AI 213/1 s.).

4.5.3 Une nouvelle généraliste traitante a rapporté le 22 octobre 2021 une fistule désormais stable, une incontinence, des douleurs intenses sans positions antalgiques, ainsi qu'une fatigue liée à un sommeil perturbé par les douleurs. Ces symptômes, qui impactaient aussi le moral, rendaient selon elle impossible une reprise du travail (dos. AI 207/4 ss ch. 2.1, 2.2, 2.4 s., 2.7, 3.4, 3.6, 4.2 et 4.4). Des investigations par radiographie et échographie de l'épaule gauche réalisées le 15 novembre 2022 à son initiative ont révélé la présence d'une tendinopathie fissuraire du supra-épineux sans rétractation sur conflit sous-acromial osseux et ligamentaire avec bursite, une ténosynovite hypertrophique du long biceps, ainsi qu'une omarthrose déjà prononcée, ostéophytique (dos. AI 237/1 ss). La même doctoresse a ensuite estimé le 24 avril 2023 qu'en dépit de toute complication infectieuse à ce jour, des séquelles subsistaient sous forme de douleurs au bassin et d'une incontinence, ce qui faisait obstacle à un retour au travail (dos. AI 247/27 ss).

4.5.4 Le psychiatre suivant l'assuré a retenu le 26 octobre 2021, à titre de diagnostics influençant la capacité de travail, des douleurs neuropathiques au niveau du pelvis ainsi que de la jambe gauche et, sans influence sur les aptitudes de travail, un épisode dépressif léger sans syndrome somatique (ch. F32.00 CIM-10). Il a réaffirmé l'absence de toute limitation fonctionnelle d'origine psychique (dos. AI 208/3 ss ch.1.3 et 2.5 ss).

4.5.5 En date des 26 novembre et 15 décembre 2021, un spécialiste de la douleur a rapporté des douleurs d'origine neuropathique dans le territoire du nerf ilio-inguinal et génito-fémoral gauche. Des traitements neuromodulateurs de la douleur (infiltration et prescription de Gabapentine) n'ont pas permis d'améliorer les douleurs (dos. AI 219/2 s.).

4.5.6 Une clinique de la douleur, au sein de laquelle l'assuré avait séjourné du 31 mars au 21 avril 2022, a diagnostiqué le 1^{er} avril 2022 un syndrome douloureux chronique périanal/glutéal gauche avec irradiation dans la cuisse proximale gauche ainsi que dans la région des fesses et du bassin (diagnostic initial posé en 2015), de la goutte (dès 2000 environ), un psoriasis au niveau du cuir chevelu, de l'adiposité, une forme d'hypertonie, une hypercholestérolémie et une hépatopathie (dos. AI 227/1 ss).

4.5.7 Dans leur évaluation consensuelle du 13 février 2023, les experts ont retenu comme diagnostics, dits pertinents, un status deux ans et demi après une cure de fistules anorectales en fer à cheval transsphinctériennes complexes (ch. K60.5 CIM-10), une incontinence occasionnelle de matières fécales (ch. R15 CIM-10), un syndrome douloureux chronique d'allure neuropathique affectant la région périanales et inguinale gauche, sans atteinte nerveuse associée (ch. R52.2 CIM-10), une obésité exogène (ch. E66 CIM-10), une hypertension artérielle sévère traitée par quadrithérapie (ch. I10 CIM-10), un diabète de type II traité depuis quatre mois (ch. E11 CIM-10), une omarthrose et tendinopathie avec bursite de l'épaule gauche, une dyslipidémie traitée, une arthropathie goutteuse traitée, ainsi que des status après luxation de la rotule droite en 2012 et opération du poignet droit avec greffe osseuse à l'âge de 25 ans (dos. AI 239.1/4 s. ch. 4.3). De leur avis, la situation chirurgicale était stabilisée depuis octobre 2020 avec la récupération, à cette date, d'une capacité de travail entière grevée d'une baisse de rendement de 20% liée aux douleurs et aux changements fréquents de position, à la condition toutefois que l'assuré puisse avoir accès à des toilettes (dos. AI 239.1/5 ch. 4.5 ss). Ils ont dénié un caractère incapacitant à l'hypertension artérielle et au diabète de type II diagnostiqués en médecine interne, écartant au surplus toute pathologie d'ordre psychiatrique (dos. AI 239.1/5 ch. 4.9).

4.5.8 Dans un complément du 23 mai 2023, les experts désignés pour la chirurgie, la médecine interne et la neurologie ont contesté le caractère lacunaire de leurs appréciations reproché en procédure de préavis, mais ont admis un passage contradictoire dans le volet neurologique de l'expertise (il y sera revenu ci-après au c. 5.3.2). Selon eux, les récents rapports des chirurgien et généraliste traitants ne contenaient aucun

élément nouveau susceptible de modifier leurs conclusions (dos. AI 251/1 s.).

4.5.9 Le chirurgien proctologue et périnéologue, ayant suivi l'assuré du 17 avril 2019 au 13 novembre 2020, a constaté le 22 mai 2023 que la fistule pouvait être considérée comme guérie au 13 novembre 2020. D'après lui, les 25 interventions pratiquées avaient généré un dommage sphinctérien irréversible avec persistance d'une incontinence, ainsi que des douleurs chroniques irradiant dans le membre inférieur et s'expliquant par les compressions exercées sur le plexus sacré par les zones cicatricielles très proches. Le même chirurgien a en revanche nié que des douleurs aiguës aient pu persister après la guérison de l'inflammation fistulaire. Il a également évoqué les désagréments sociaux et l'atteinte psychologique que généraient ces séquelles (dos. AI 252/3 s.).

4.5.10 Dans un second complément du 22 juin 2023, l'expert en chirurgie s'est distancié de l'appréciation précitée de son confrère et a confirmé ses propres conclusions (dos. AI 254/1 s.).

5.

Se pose la question de la valeur probante de l'expertise pluridisciplinaire du 13 février 2023 et de ses compléments des 23 mai et 22 juin 2023, sur lesquels repose la décision attaquée.

5.1 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 143 V 124 c. 2.2.2, 134 V 231 c. 5.1, 125 V 351 c. 3a).

5.2 En l'espèce et quant à sa forme, l'expertise du 13 février 2023 répond aux exigences posées par la jurisprudence, relative à la valeur probante des documents médicaux. Les qualifications des experts en chirurgie, médecine interne, neurologie et psychiatrie ne sauraient être critiquées. Après avoir rappelé les circonstances de l'expertise, à savoir la nécessité d'investiguer dans le cadre d'une révision de la rente des douleurs subjectives en soi plausibles mais insuffisamment explorées jusqu'alors, ces spécialistes ont établi une synthèse minutieuse des pièces pertinentes au dossier, qu'ils ont annexée à leur rapport (dos. AI 239.6/1 ss). Dans les appréciations émergeant à leur spécialité, ils ont dressé un état détaillé des plaintes, affiné par un questionnement du recourant (dos. AI 239.2/2 ss; 239.3/2 s.; 239.4/2 ss; 239.5/2 ss). Suivant le domaine d'investigation, ce questionnement a été ciblé sur des éléments d'anamnèse (systémique, systématique, psychiatrique, familiale, professionnelle, scolaire ou sociale) et sur d'autres données complémentaires (médication et suivi en cours, habitudes, journée type, limitations, perspectives, cohérence, antécédents; dos. AI 239.2/3 s.; 239.3/3 ss; 239.4/3 s.; 239.5/2 ss). L'ensemble des examens menés s'articulent par ailleurs autour de paramètres précis et ont été complétés par des examens de laboratoire (dos. 239.2/4; 239.3/6 s.; 239.4/4 s.; 239.5/6; 239.7/1). Les résultats de ces observations ont été ainsi arrêtés en pleine connaissance du dossier et sous-tendent par ailleurs tant l'évaluation diagnostique que l'appréciation médico-théorique de la capacité de travail livrées à leur issue. Sous l'angle de cette dernière appréciation, les conclusions des experts apparaissent étayées et ne laissent pas soupçonner de lacunes lors de leur genèse. Bien plus, l'évaluation consensuelle qui referme leurs investigations en unifie les tenants dans une appréciation finale intégrative tant de l'évolution médicale que des facteurs de contrainte et du potentiel de compensation (ressources) susceptibles de restreindre ou d'amender la capacité de travail. En l'absence de toute atteinte psychiatrique, on peut à cet égard faire fi d'un examen circonstancié des indicateurs (c. 2.3) et du point de savoir si le rapport d'expertise les expose à suffisance (voir ATF 145 V 215 c. 7 et la référence; TF 8C_62/2020 du 22 septembre 2020 c. 4.3; voir également c. 5.5 ci-après). On relèvera enfin que le grief de partialité formulé à l'encontre de l'expert en chirurgie, en tant que ce dernier a

énoncé dans son rapport que l'assuré lui était apparu fixé sur ses douleurs, s'avère infondé. Il rentrait en effet dans les attributions de cet expert d'énumérer toutes les observations cliniques qui lui apparaissaient utiles au cours de son exploration. N'en contredise le recourant, cette remarque ne s'entendait en outre pas comme un jugement de valeur à son égard, d'autant que la formulation utilisée demeurait ouverte et n'était nullement péremptoire ("[...] il me semble être fixé sur ses douleurs"; dos. AI 239.2/6 ch. 7.2). Dans cette continuité, il ne saurait non plus être reproché au même expert de ne pas avoir rapporté que l'assuré, aux dires de ce dernier, s'était mû et relevé fréquemment pendant l'examen en raison des douleurs (recours p. 21 § B1.4). A nouveau, il était de la seule compétence de l'expert de relever les observations pertinentes pour son expertise. Celui-ci a d'ailleurs restitué un certain nombre d'éléments comportementaux constatés pendant l'examen (patient en mesure de se lever facilement de sa chaise dans la salle d'attente, de se déshabiller debout sans problème particulier et de se déchausser à genoux; dos. AI 239.2/4 ch. 4.1). Qui plus est, ses confrères interniste et neurologue ont pour leur part exclu tout comportement algique pendant la majeure partie de leur examen (dos. AI 239.3/6 ch. 4.1; 239.4/4 ch. 4.1).

5.3 Sous l'angle de son contenu, rien ne justifie non plus de s'écarter de l'expertise pluridisciplinaire.

5.3.1 Du point de vue somatique, l'état de santé du recourant a été appréhendé de manière approfondie au moyen tout d'abord des investigations réalisées le 29 novembre 2022 en médecine interne. L'expert mandaté sur ce plan n'a pas retenu d'atteinte à la santé influençant la capacité de travail mais a évoqué, comme diagnostics nouveaux remontant à 2022, une hypertension artérielle sévère traitée par quadrithérapie ainsi qu'un diabète de type II également soigné. Sur la base de ce tableau clinique, il a attesté une capacité de travail entière dans tout type d'emploi (dos. AI 239.3/8 s. ch. 8). Rien ne permet de s'écarter de cette appréciation qui ne s'avère ni incomplète, ni insatisfaisante au contraire de ce qu'allègue le recourant (voir c. 3.2). Il ne saurait en particulier être reproché à l'expert interniste de s'être contenté d'apprécier les restrictions encourues sur son plan d'investigation et de ne pas avoir déterminé l'origine des douleurs de

l'assuré (recours p. 23 § B2.1). Comme relevé à raison par ce spécialiste et ses confrères neurologue et chirurgien dans leur complément du 23 mai 2023, il n'était aucunement de son ressort d'évaluer les limitations fonctionnelles n'émargeant pas à sa spécialité médicale (dos. AI 251/2). Quant aux affections relevant de cette dernière, le recourant n'a à raison pas contesté que celles justifiant l'évolution médicale attestée depuis la décision de rente du 6 août 2020, à savoir une hypertension artérielle et un diabète de type II (pour les autres affections sur le plan médical interne, voir c. 4.5.7 et dos. AI 239.3/8 ch. 6.3), ne génèrent aucune incapacité de travail sous médication idoine. S'agissant enfin du début (en 2022) de cette évolution que l'assuré reproche à l'expert de ne pas avoir justifié (recours p. 23 § B2.1), il s'explique par le fait que les problématiques médicales concernées ont été constatées lors de l'examen en médecine interne réalisé à fin novembre 2022. Aucune des pièces médicales antérieures au dossier n'évoque du reste ces pathologies et le plan de traitement produit le 24 avril 2023 par la généraliste traitante atteste d'une prise en charge médicamenteuse de celles-ci à compter de janvier 2023 uniquement (moyennant une médication à base d'Amlodipin et de Ramipril pour traiter l'hypertension artérielle, respectivement de Metfin s'agissant du diabète; dos. AI 247/31). Le rapport d'expertise, dans son volet dédié à la médecine interne, est dès lors convaincant.

5.3.2 Concernant la neurologie, l'expert ayant examiné l'assuré le 7 décembre 2022 a estimé que les restrictions au niveau du territoire des nerfs ilio-inguinal et génito-fémoral à gauche apparaissaient cohérentes, mais ne s'expliquaient pas par une lésion neurologique. Au moyen d'explications anatomiques, il a exposé qu'une atteinte tronculaire de ces nerfs n'était guère probable, étant donné que ceux-ci n'étaient pas à l'origine de l'innervation sensitive du périnée et que les opérations au niveau périanal n'étaient de toute façon pas propres à les endommager sur leur trajet intra-abdominal et inguinal. A son status neurologique, cet expert a relevé des points douloureux à la palpation de l'ischion et au versant médial de l'aîne à gauche, sans irradiation, allodynie ou autre trouble sensitif. Il en a inféré que ces observations cliniques corroboraient l'absence d'un étayage organique aux douleurs présentes, ce qu'appuyait en outre le fait que les injections pratiquées dans la région fessière

n'avaient pas eu d'effet. En définitive, il apparaît donc cohérent que l'expert neurologue ait exclu au terme de son exploration toute atteinte invalidante à la santé et fait état d'un syndrome douloureux chronique d'allure neuropathique affectant la région périanale à inguinale du côté gauche, sans atteinte nerveuse apparente. Certes, ainsi que le recourant s'en est prévalu, cette appréciation recelait une contradiction à mesure que l'expert concerné, en dépit de ses observations cliniques et explications anatomiques, affirmait dans le même temps que les douleurs des régions anale et inguinale gauches étaient en rapport avec les interventions chirurgicales répétées (dos. AI 239.4/6 ch. 7.1; 247/3 § A5; recours p. 23 § B2.3). Cette discordance a toutefois été levée dans la détermination du 23 mai 2023, par le fait que le passage y afférent de l'expertise a été retranché de celle-ci (dos. AI 251/1). Le seul différend qui subsiste porte donc sur l'origine des douleurs, l'assuré faisant grief audit spécialiste de s'être prononcé uniquement d'un point de vue neurologique. C'est pourtant à cette seule discipline que se circonscrivait son mandat (voir en ce sens aussi la détermination du 23 mai 2023; dos. AI 251/2), dans le cadre duquel devaient en outre être appréciées les répercussions fonctionnelles induites par les pathologies, au contraire de leur étiologie. L'expert a évoqué à cet égard des aptitudes de travail limitées, en raison des douleurs, aux activités légères offrant d'alterner fréquemment les postures et permettant des pauses à volonté, d'où une perte de rendement à prévoir selon lui, dont l'ampleur de 20% ressort au final de la discussion consensuelle avec ses confrères (dos. AI 239.1/5 ch. 4.6 s.; 239.4/6 ch. 7.2). Or, son appréciation ne s'avère pas non plus critiquable sous cet angle, dès lors que le recourant est autonome dans tous les gestes de la vie quotidienne et s'est surtout dit gêné auprès des experts par sa problématique d'incontinence (dos. AI 239.1/5 ch. 4.4; 239.2/3 s.; 239.2/6 ch. 7.2; 239.3/3 en haut). Le volet neurologique de l'expertise revêt dès lors une entière force probante.

5.3.3 Sur le plan chirurgical, l'expert a retenu à l'issue de son examen du 12 décembre 2022 un status deux ans et demi après des cures de fistules anorectales en fer à cheval transsphinctériennes complexes, ainsi qu'une incontinence occasionnelle de matières fécales. Aucun de ces diagnostics n'est sujet à caution, tous deux s'inscrivant dans la continuité de ceux

posés par les divers intervenants dans le suivi de l'assuré (voir c. 4.4.1 ss, 4.4.4, 4.4.6 et 4.5.1). En lien avec l'incontinence, l'expert en chirurgie a précisé que celle-ci était plausible étant donné les multiples interventions subies au niveau du sphincter anal. La seule limitation qu'il en a inférée du point de vue des exigences, à savoir la nécessité d'un accès illimité à des toilettes, apparaît cohérente vu le status clinique ayant révélé un sphincter intact et un potentiel d'amélioration (sans garantie toutefois) du tonus de ce muscle à l'aide de séances de physiothérapie (dos. AI 239.2/5 s. ch. 7.1 et 8). On ne saurait en outre perdre de vue que l'incontinence dont est atteint le recourant n'est plus qu'occasionnelle en l'état (ainsi que celui-ci l'admet du reste; voir c. 227/2 en bas) et ne l'empêche pour le moins pas de quitter son domicile à plusieurs reprises dans la journée pour effectuer des courses ou se promener (dos. AI 239.2/4 ch. 3.2). N'en contredise l'intéressé (recours p. 22 § B1.5), on ne saurait dès lors retenir que la seule proximité de toilettes du poste de travail "est insuffisante en regard de l'ensemble des circonstances et la réelle condition dans laquelle [il] se trouve". Contrairement à ce qu'allègue ensuite l'assuré (recours p. 22 s. § B1.6), l'expert a dûment explicité pour quelles raisons la persistance de la symptomatologie douloureuse ne pouvait être imputée aux opérations subies, ni aux inflammations liées aux fistules. De son avis en effet, à défaut de toute récurrence des fistules depuis deux ans et demi, les remaniements des tissus par suite des infections locales et des interventions chirurgicales doivent être considérés en l'état comme guéris, ce que confirme au demeurant son examen clinique avec un périnée souple à la palpation. La conclusion qu'en infère ce spécialiste, à savoir que l'irritation des nerfs ilio-inguinal et génito-fémoral gauches n'est pas d'origine chirurgicale, apparaît dès lors cohérente. Elle rejoint du reste les conclusions du dernier chirurgien traitant, consulté en cours d'expertise, lequel a rapporté à son confrère une situation stable depuis la dernière opération pratiquée le 26 juin 2020 et fait état de douleurs neuropathiques à défaut de toute explication organique à celles-ci (dos. AI 239.2/4 ss ch. 5, 7.1 et 8). S'agissant enfin de l'évaluation faite par l'expert en chirurgie de la capacité de travail résiduelle, estimée entière depuis octobre 2020, soit trois mois après la dernière opération subie, rien ne justifie de s'en écarter puisqu'elle tient compte du temps nécessaire à la guérison des tissus remaniés par celle-ci, en accord avec ses précédentes explications d'ordre

anatomique. La date du 13 novembre 2020 avancée par l'ancien spécialiste traitant en proctologie et périnéologie comme date de guérison de la fistule n'est quant à elle nullement étayée, si ce n'est qu'elle coïncide avec la fin du suivi auprès de ce spécialiste (dos. AI 252/3).

5.3.4 Pour ce qui relève ensuite de l'aspect psychique, l'expert mandaté n'a pas diagnostiqué d'atteinte invalidante à la santé ni d'autres troubles ou symptômes d'ordre psychiatrique, en précisant que cela valait depuis toujours. Certes, cette appréciation va à l'encontre de celle du psychiatre traitant, qui a pour sa part retenu un épisode actuel moyen, sans syndrome somatique (ch. 32.00 CIM-10). Lors de sa discussion, l'expert s'est toutefois prononcé sur cette divergence diagnostique en énumérant les éléments contredisant la présence d'un véritable trouble dépressif récurrent, en l'occurrence le fait que l'assuré n'ait jamais présenté de tristesse dans l'humeur, de perte d'élan vital, de troubles cognitifs, de baisse d'appétit ou de ralentissement psychomoteur. D'après l'expert, on peut tout au plus retenir un épisode psychique douloureux lors du décès de la mère de l'intéressé, sans que cet événement n'ait alors été jugé pathologique ou incapacitant par le propre psychiatre de l'assuré (dos. AI 239.5/7 ch. 6.3; 239.5/9 ch. 8). Au final et seul importe en définitive cet aspect, ledit médecin et l'expert mandaté s'accordent à admettre que le recourant n'a jamais présenté la moindre limitation fonctionnelle d'ordre psychiatrique. Cela étant, l'expertise, qui atteste une capacité de travail entière depuis toujours sous cet aspect, apparaît convaincante et n'est d'ailleurs pas contestée (voir in fine recours p. 23 s. § B2).

5.3.5 S'agissant dans la foulée de l'évaluation consensuelle à proprement parler, le recourant ne saurait être suivi lorsqu'il qualifie celle-ci d'insoutenable et de problématique (recours p. 23 s. § B2.4). Comme déjà relevé (c. 5.3.2), les seules contradictions que recelait l'expertise émergeaient à son volet neurologique et ont été levées en procédure de préavis, si bien que le grief selon lequel cette expertise reposerait encore sur des appréciations contradictoires entre les experts eux-mêmes tombe désormais à faux. N'en contredise ensuite l'intéressé, l'appréciation consensuelle de ces médecins intègre bien les restrictions liées aux douleurs invoquées ainsi que les changements de posture fréquents que

doivent permettre ces mêmes douleurs. Si les aspects concernés ne sont il est vrai pas expressément abordés dans le profil d'exigibilité faisant uniquement mention des limitations induites par l'incontinence et les séquelles au genou droit (accès en tout temps à des toilettes et absence de marche prolongée ou sur des terrains inégaux), ils le sont en revanche lors de l'évaluation de la capacité de travail globale et de la perte de rendement encourue dans les limites de celle-ci (dos. AI 239.1/5 ch. 4.5; voir également c. 4.5.7). L'évaluation consensuelle s'inscrit dès lors dans la continuité des observations et des conclusions unidisciplinaires formulées par les experts, revêtant donc elle aussi une pleine valeur probante.

5.4 En dernière analyse, il n'existe pas non plus d'indices objectifs au dossier qui permettraient de douter de la pérennité de l'évaluation pluridisciplinaire du 13 février 2023 à la date de la décision contestée. Dans son rapport du 25 avril 2023, le chirurgien traitant se prononce en effet principalement sur l'origine des douleurs et de l'incontinence qui, d'après lui, sont des "symptômes certainement liés à cette complexe situation de 25 opérations" (dos. AI 247/26; voir aussi c. 4.5.1). Au contraire de l'expert en chirurgie mandaté par l'intimé, il ne se détermine en revanche nullement sur le point de savoir si la guérison, dès octobre 2020, de la problématique fistulaire périanale peut encore justifier ces symptômes sous l'angle strict de la médecine chirurgicale. Comme déjà relevé (c. 5.3.3), ce spécialiste traitant penche du reste plutôt pour une étiologie neuropathique à ces symptômes, en l'absence de tout substrat organique propre à les expliquer. Aussi, son évaluation de la capacité de travail à un pensum résiduel de 40 à 60% apparaît quelque peu forfaitaire et semble surtout étayée par les plaintes subjectives du patient. La même conclusion s'impose à l'égard des conclusions de la généraliste traitante qui, dans son ultime rapport du 24 avril 2023, a parlé "d'insoutenables douleurs difficilement gérables" (sic) excluant toute possibilité de reprise du travail, alors même que le recourant avait lui-même relevé en cours d'expertise qu'il se verrait retravailler (en télétravail par exemple; dos. AI 239.4/4 ch. 3.2; 247/27). Enfin, la dernière prise de position rédigée le 22 mai 2023 par l'ancien proctologue et périnéologue traitant ne permet pas non plus de battre en brèche l'évaluation pluridisciplinaire. Ainsi que l'a en effet souligné l'expert en chirurgie dans son complément du 22 juin 2023, des constatations

médicales générales ne peuvent de toute façon remplacer le résultat d'un examen médical objectif, tel celui réalisé lors de son expertise (dos. AI 254/1). En tout état de cause, l'ancien proctologue et périnéologue traitant n'a pas remis en question l'explication avancée par son confrère pour dénier une origine chirurgicale aux douleurs encore présentes – explication selon laquelle les remaniements des tissus consécutifs aux interventions subies sont désormais guéris. De surcroît, ce spécialiste traitant admet qu'en l'absence d'une récurrence des infections ou inflammations, les douleurs aiguës ont disparu. Il se limite enfin à formuler de simples hypothèses quant au fait que les douleurs irradiant dans le membre inférieur s'expliqueraient par la proximité des zones opérées du plexus sacré, respectivement par une compression du réseau nerveux par ces mêmes zones (dos. AI 252/3 s.).

5.5 Partant, il convient d'admettre au degré de la vraisemblance prépondérante valable en droit des assurances sociales (ATF 144 V 427 c. 3.2) le caractère probant de l'expertise pluridisciplinaire du 13 février 2023 et de ses compléments des 23 mai et 22 juin 2023. Cette conclusion vaut pour les aspects médicaux de l'expertise, mais également pour la proposition qui y est formulée, relativement à l'estimation de la capacité de travail et de son évolution. Par le fait d'avoir évalué les déficits fonctionnels sur une base objectivée, les experts mandatés par l'intimé ont en effet respecté le cadre normatif déterminant (art. 7 al. 2 LPGA; voir c. 2.3). Comme déjà mentionné (c. 5.2), l'analyse détaillée des indicateurs prévus par le TF pour apprécier le caractère invalidant des troubles psychiques s'avère superflue puisqu'un diagnostic psychiatrique n'a pas été retenu au terme de l'expertise, jugée probante. Les conclusions de cette dernière s'avèrent dès lors également probantes d'un point de vue juridique. Ainsi que déjà relevé (c. 5.4), il n'existe pas non plus d'indices objectifs au dossier qui permettent de douter de la pérennité de cette appréciation à la date de la décision contestée. Une instruction complémentaire n'a dès lors pas lieu d'être ordonnée par le Tribunal et les réquisitions de preuve formulées par l'assuré (recours p. 30) doivent toutes être rejetées. Il résulte ainsi de tout ce qui précède que c'est à raison que l'intimé a admis sur la base de l'expertise pluridisciplinaire qu'un changement sensible de la situation réelle, propre à influencer le degré d'invalidité, s'était produit

depuis la décision de rente initiale du 6 août 2020. L'on retient en effet des conclusions consensuelles des experts que le recourant a recouvré, dès octobre 2020, une capacité de travail entière avec une perte de rendement de 20% dans une activité lui permettant un accès illimité à des toilettes et n'impliquant pas de marche prolongée ou sur des terrains inégaux.

6.

Sur la base de la capacité de travail résiduelle ainsi fixée, il convient encore de procéder à l'évaluation du degré d'invalidité en résultant.

6.1 Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA). 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 pris en compte (ATF 143 295 c. 4.1.3, 129 V 222).

6.2 L'année de référence à prendre en compte en l'espèce pour la comparaison des revenus est l'année 2023, étant donné la prise d'effet potentielle de la suppression de la rente au plus tôt le 1^{er} août 2023 (1^{er} jour du 2^{ème} mois suivant la décision contestée du 26 juin 2023; art. 88^{bis} al. 2 let. a RAI; voir c. 1.1).

6.3

6.3.1 Pour déterminer le revenu de personne valide, il faut se fonder sur le revenu que la personne assurée aurait effectivement pu réaliser selon un degré de vraisemblance prépondérante sans atteinte à la santé, en vertu de ses aptitudes professionnelles et des circonstances personnelles, au moment du début potentiel du droit à la rente. Il y a lieu en règle générale de prendre pour base le dernier salaire gagné par la personne assurée, en

l'adaptant le cas échéant au renchérissement et à l'évolution des salaires réels (ATF 145 V 141 c. 5.2.1, 134 V 322 c. 4.1; SVR 2022 UV n° 4 c. 3.2).

6.3.2 Au cas particulier, l'intimé a évalué le revenu sans handicap sur la base du dernier emploi exercé dès mars 2017 dans l'horlogerie, après que l'assuré avait dû abandonner son premier métier de monteur/inspecteur des voies suite à son accident de mars 2012 et être réadapté dans la logistique. Ainsi que l'intéressé s'en est plaint à raison dans son recours (p. 26 § D), le revenu de personne valide aurait toutefois dû être calculé sur la base de son emploi initial, exercé pendant plus de 22 ans. De jurisprudence constante en effet, il faut prendre comme revenu sans handicap le dernier salaire obtenu avant la réadaptation lorsqu'il n'existe pas d'indices concrets que la personne assurée aurait changé de métier (TF 8C_703/2019 du 6 octobre 2020 c. 4, 9C_24/2009 du 6 mars 2009 c. 3.2; VGE IV/2019/243 du 12 septembre 2019 c. 4.2.3; THOMAS ACKERMANN, *Die Bemessung des Invaliditätsgrades*, in: KIESER/LENDFERS [édit.], *Sozialversicherungsrechtstagung 2012*, 2013, p. 18 s.). Or, rien ne laisse accroire en l'espèce que le recourant n'aurait pas continué de travailler dans sa profession d'origine sans son atteinte originelle à la santé, ainsi qu'en attestent d'ailleurs les formations accomplies dans le cadre de cet engagement. Selon les indications de l'ancien employeur concerné, le salaire se serait élevé à Fr. 79'500.- en 2012, sans atteinte à la santé (dos. AI 11/3 ch. 2.11). Après adaptation à l'évolution des salaires nominaux jusqu'en 2023, on débouche sur un revenu sans handicap de Fr. 83'106.50 (2012: 101.4; 2023: 106.0; table T1.1.10 "Indice des salaires nominaux", hommes, 2011-2023, rubrique H 49-53 Transports en entreposage, Poste et courrier, disponible sur le site www.ofs.ch).

6.4

6.4.1 Le revenu d'invalidé doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de la personne intéressée (ATF 148 V 174 c. 6.2, 143 V 295 c. 2.2). Lorsque, depuis la survenance de l'atteinte à la santé, la personne assurée n'a plus exercé d'activité lucrative, ou du moins plus d'activité exigible adaptée à son état, l'évaluation du revenu d'invalidé peut se fonder, selon la jurisprudence, sur l'Enquête suisse sur la

structure des salaires (ESS) publiée par l'Office fédéral de la statistique (OFS).

6.4.2 A mesure que le recourant fait valoir dans son recours (voir in fine p. 28 § E.2) que sa capacité de travail résiduelle ne serait possible que sous une forme tellement restreinte qu'elle nécessiterait des concessions irréalistes de la part d'un employeur, on relèvera que le profil d'exigibilité défini par les experts demeure somme toute ouvert. Certes, l'accès illimité à des toilettes en raison de l'incontinence peut s'avérer contraignant. La perte de rendement de 20% reconnue en raison de cette limitation (ainsi que des douleurs et des restrictions en cas de marche prolongée ou sur des terrains inégaux) tient toutefois compte des inconvénients que celle-ci génère pour un employeur potentiel. A cet égard, on précisera en outre que le Tribunal a déjà eu à juger de cas semblables où des exigences pratiquement intactes ont été reconnues en dépit d'une telle problématique de santé (voir JTA AI/2009/132 du 17 juin 2009 c. 3.2.5 et c. 3.3, à l'appui duquel des diarrhées chroniques n'ont pas été jugées invalidantes, à la condition que la personne assurée puisse s'absenter brièvement de son poste de travail pour se rendre aux toilettes; voir également JTA AI/2017/257 du 4 octobre 2018 c. 6.4 et 7.4 en lien avec d'autres affections et avec une baisse de rendement).

6.4.3 Dès lors que l'assuré n'a plus exercé d'activité lucrative depuis son licenciement à fin janvier 2020, c'est à juste titre que l'intimé a déterminé le revenu d'invalidé sur la base de l'ESS en se fondant sur la valeur centrale des salaires versés aux hommes pour des activités non qualifiées (physiques ou manuelles simples correspondant au niveau 1 de l'ESS). Contrairement à ce qui est allégué dans le recours (p. 27 § D) et au vu des exigences retenues (voir c. 5.5), c'est à cette valeur centrale en effet et non à celle des activités répertoriées sous la rubrique 77-82 de l'ESS (activités de services administratifs et de soutien) qu'il convient de se référer. Sur ces bases, le salaire avec handicap s'élève donc à Fr. 52'652.10 en 2020 si l'on tient compte de la capacité de rendement de 80% offerte ainsi que de l'horaire de travail de 41,7 heures hebdomadaires actuel pour cette année-là (ESS 2020, TA1, hommes, niveau 1, valeur totale, Fr. 5'261.- x 12 x 80% x 41.7/40; voir pour cette dernière adaptation la table "Durée normale du

travail dans les entreprises selon la division économique", publiée par l'OFS). Il convient toutefois encore d'adapter ce revenu à l'évolution des salaires nominaux jusqu'en 2023, ce qui débouche sur un montant annuel de Fr. 53'687.40 (2020: 106.8; 2023: 108.9; voir la table T1.1.10 précitée, hommes, valeur totale), et non de Fr. 52'837.- comme retenu par l'intimé (qui n'a toutefois adapté le revenu d'invalidité que jusqu'en 2022). A raison, le recourant n'invoque pas d'abattement supplémentaire sur le revenu avec handicap.

6.5 Il résulte dès lors de ce qui précède que le taux d'invalidité s'élève à 35% (35.40% arrondis) après comparaison (valeurs 2023) des revenus de valide de Fr. 83'106.50 et d'invalidité de Fr. 53'687.40, ce qui justifie la suppression de la rente prononcée au 1^{er} août 2023 par l'intimé. A toutes fins utiles, on relèvera que même en évaluant le revenu d'invalidité sur les bases invoquées dans le recours (voir c. 6.4.3), on n'atteindrait toujours pas un taux d'invalidité minimal de 40% ouvrant le droit à un quart de rente. Dans cette éventualité-là, le revenu d'invalidité s'élèverait en effet à Fr. 51'048.50 (ESS 2020, hommes, niveau 1, rubrique 77-82, Fr. 4'902.- x 12 x 80% x 41.8/40 x 109.1/105.1; voir pour ces deux dernières adaptations la table "Durée normale du travail dans les entreprises selon la division économique", rubrique 77-82, 2020: 41.8 et la table T1.1.10 précitée, rubrique 77-82, 2020: 105.1; 2023: 109.1). Aussi, après comparaison d'un tel revenu avec handicap de Fr. 51'048.50 avec le revenu de valide de Fr. 83'106.50, on aboutirait à un degré d'invalidité de 39% (38.55% arrondis).

7.

Est enfin litigieux le droit de l'assuré de prétendre à des mesures de réadaptation professionnelle.

7.1 Dès l'abord, on précisera que le recourant ne peut bénéficier de la jurisprudence, selon laquelle une suppression de la rente par voie de révision implique en principe d'effectuer des mesures de réadaptation lorsque la personne assurée a atteint l'âge de 55 ans ou a perçu une rente pendant plus de 15 ans (ATF 145 V 209 c. 5.1, 141 V 5 c. 4.1). Au moment

du prononcé le 26 juin 2023 de la décision de suppression de la rente auquel doivent s'examiner les deux critères précités (ATF 148 V 321 c. 7.3.2, 141 V 5 c. 4.2.1), le recourant était en effet âgé de 49 ans et percevait sa rente entière depuis octobre 2019, à savoir depuis moins de quatre ans. Il ne remplissait dès lors ni le critère de la durée de perception de la rente pendant 15 ans, ni celui de l'accomplissement de sa 55^e année.

7.2 Dans son second recours dirigé contre la décision de l'intimé du 10 novembre 2023 niant un droit à des mesures professionnelles, l'assuré fonde son droit à de telles mesures sur les art. 8, 8a et 14a LAI.

7.2.1 Selon l'art. 8 al. 1 LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité (art. 8 LPGa) ont droit à des mesures de réadaptation pour autant que ces mesures soient nécessaires et de nature à rétablir, maintenir ou améliorer leur capacité de gain ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels (let. a) et que les conditions d'octroi des différentes mesures soient remplies (let. b).

7.2.2 D'après l'art. 8a al. 1 LAI, les bénéficiaires de rentes ont droit à des mesures de nouvelle réadaptation si leur capacité de gain peut, selon toute vraisemblance, être améliorée (let. a) et que ces mesures sont de nature à améliorer leur capacité de gain (let. b). Les mesures de nouvelle réadaptation destinées aux bénéficiaires de rente comprennent des mesures de réinsertion préparant à la réadaptation professionnelle telles que prévues à l'art. 14a al. 2 LAI, des mesures d'ordre professionnel telles que prévues aux art. 15 à 18c LAI, la remise de moyens auxiliaires conformément aux art. 21 à 21^{quater} LAI, ainsi que l'octroi de conseils et d'un suivi aux bénéficiaires de rente et à leur employeur (art. 8a al. 2 let. a à d LAI dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 janvier 2021).

7.2.3 Le droit à des mesures de réinsertion préparant à la réadaptation professionnelle au sens de l'anc. art. 14a al. 1 LAI (en vigueur jusqu'au 31 janvier 2021) est conditionné par une incapacité de travail de 50% au moins depuis six mois au moins non seulement dans sa profession ou son domaine d'activité précédent (art. 6 phr. 1 LPGa), mais également dans une autre profession ou un autre domaine d'activité (art. 6 phr. 2 LPGa; ATF 137 V 1 c. 7.2.1).

7.3 En l'espèce, on précisera d'emblée que l'art. 8 al. 1 LAI se limite à énoncer les conditions générales posées à l'octroi de mesures de réadaptation, sans fonder en soi un droit à ces prestations dont dépend la réalisation des conditions prévues pour chaque mesure spécifique. S'agissant précisément de la mesure de nouvelle réadaptation réglée à l'art. 8a al. 1 LAI, on rappellera qu'elle poursuit un but bien défini, à savoir celui d'améliorer la capacité de gain des assurés au bénéfice déjà d'une rente d'invalidité. En l'occurrence toutefois, cette dernière éventualité n'est pas réalisée puisqu'ensuite du retrait de l'effet suspensif au recours dirigé contre la première décision du 26 juin 2023, la suppression de la rente du recourant est effective depuis le 1^{er} août 2023. Certes, le jugement de ce jour qui confirme cette décision n'est pas définitif et un recours demeure ouvert à son encontre, avec l'éventualité d'une reprise du versement de la rente dès le 1^{er} août 2023 en cas d'admission du recours. En tout état de cause, les conditions cumulatives posées à l'art. 8a al. 1 LAI ne sont pas réunies en l'espèce, étant donné qu'une capacité de gain suffisante est déjà acquise au recourant sur le marché du travail vu le large éventail d'activités (de légères à moyennement lourdes) offertes à celui-ci et que des mesures de nouvelle réadaptation ne seraient ainsi pas propres à améliorer sa capacité de gain. Dans ce prolongement, on relèvera encore que l'assuré ne remplit pas davantage les conditions posées à des mesures de réinsertion préparant à la réadaptation professionnelle au sens de l'anc. art. 14a al. 1 LAI. Si une incapacité de travail d'au moins 50% est certes attestée dans la profession habituelle par les médecins traitants, un tel taux ne peut être en revanche retenu dans un autre type d'activité mieux adapté aux restrictions données. D'après l'expertise probante du 13 février 2023, une capacité de travail entière avec une baisse de rendement de 20% subsiste en effet dans une activité profilée et aucun élément au dossier ne permet de douter de la pérennité de cette appréciation à la date de la décision du 10 novembre 2023 (la cholécystite aiguë lithiasique survenue après l'expertise n'ayant entraîné qu'une incapacité de travail de courte durée, du 22 août au 9 septembre 2023; voir décision contestée p. 1). A toutes fins utiles, on mentionnera enfin que les modifications législatives entrées en vigueur au 1^{er} janvier 2022, dont se prévaut l'assuré (recours p. 6), ne lui sont pas applicables (voir c. 2.1).

7.4 Il s'ensuit que c'est à raison que l'intimé a refusé à l'assuré le droit à des mesures professionnelles. La décision rendue le 10 novembre 2023 ne s'avère dès lors pas non plus critiquable.

8.

En conclusion, les recours doivent être rejetés.

8.1 Conformément à l'art. 61 let. f^{bis} LPGA, pour les litiges en matière de prestations (comme c'est le cas en l'espèce), la procédure est soumise à des frais judiciaires si la loi spéciale le prévoit. Tel est le cas de la LAI. En effet, l'art. 69 al. 1^{bis} phr. 1 LAI dispose que la procédure de recours en matière de contestations portant sur des prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais judiciaires. Le recourant succombant, les frais des présentes procédures, fixés forfaitairement à Fr. 800.-, doivent donc être mis à sa charge (art. 69 al. 1^{bis} LAI). Ceux-ci sont compensés avec l'avance de frais fournie.

8.2 Il n'est pas alloué de dépens (art. 69 al. 1^{bis} LAI; art. 61 let. g LPGA; art. 104 al. 1 et 3, ainsi qu'art. 108 al. 3 LPJA).

Par ces motifs:

1. Les recours sont rejetés.
2. Les frais de la présente procédure, fixés forfaitairement à Fr. 800.-, 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 recourant, par son mandataire,
 - à l'intimé,
 - à l'Office fédéral des assurances sociales.

Le président:
e.r.: C. Tissot, juge

La greffière:

Voie de recours

Dans les 30 jours dès la notification 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).