

# FR\_GERICHTE 605 2018 5 vom 3. Dezember 2018

FR Kantonsgericht, 2018-12-03, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr\\_gerichte\\_605\\_2018\\_5](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_605_2018_5)

FR: FR\_GERICHTE 605 2018 5 du 3 décembre 2018

IT: FR\_GERICHTE 605 2018 5 del 3 dicembre 2018

## Regeste

Arrêt de la Ie Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal | Invalidenversicherung

## Erwägungen

### E. 31

décembre 2017. C. Le 10 janvier 2018, A. \_\_\_\_\_, représentée par Me Karim Hichri, avocat auprès de Inclusion Handicap, interjette recours contre cette dernière décision. Elle conclut, sous suite de frais et dépens, à la mise en œuvre d'une expertise judiciaire visant à déterminer sa capacité de travail et au maintien d'une rente entière au-delà du 30 avril 2015. Subsidiairement, elle conclut au renvoi de cause à l'autorité intimée pour instruction complémentaire. En substance, elle considère que l'autorité intimée n'a pas démontré une amélioration de son état de santé depuis l'octroi de la demi-rente initiale, alors que l'aggravation de son état justifie au contraire une incapacité totale de travail. En particulier, elle conteste la valeur probante de l'expertise orthopédique mise en œuvre par l'OAI, et relève qu'à défaut d'évolution de son état psychique, l'avis de l'expert psychiatre ne constitue qu'une nouvelle appréciation d'un même état de fait, qui ne saurait constituer un motif de révision. Le 19 février 2018, elle s'est acquittée d'une avance de frais de CHF 800.-. Dans ses observations du 6 mars 2018, l'OAI propose le rejet du recours, en se référant aux deux expertises médicales réalisées ainsi qu'à l'avis du Service médical régional (SMR). Aucun autre échange d'écritures n'a été ordonné. Il sera fait état du détail des arguments des parties dans les considérants en droit du présent arrêt, pour autant que cela soit utile à la solution du litige, considérants dans le cadre desquels seront par ailleurs examinés leur moyens de preuve.

Tribunal cantonal TC Page 3 de 16 en droit 1. Interjeté en temps utile et dans les formes légales auprès de l'autorité judiciaire compétente par une assurée directement touchée par la décision attaquée et dûment représentée, le recours est recevable. 2. Aux termes de l'art. 8 al. 1 LPGA, applicable par le biais de l'art. 1 al. 1 de la loi du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI; RS 831.20), est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 4 al. 1 LAI, dite invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. 2.1. 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 la santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 al. 1 LPGA). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence 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). 2.2. Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI

en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique malade, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (art. 7 al. 2 2ème phrase LPGA; ATF 141 V 281 consid. 3.7.1; 102 V 165; VSI 2001 p. 223 consid. 2b et les références citées; cf. également ATF 127 V 294 consid. 4c i. f.). 2.2.1. La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique, de troubles somatoformes douloureux persistants ou de fibromyalgie suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant *lege artis* sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 141 V 281 consid. 2.1 et 2.1.1; 130 V 396 consid. 5.3 et 6). Dans le cadre des douleurs de nature somatoforme, la Haute Cour a souligné que l'analyse doit tenir compte des facteurs excluant la valeur invalidante à ces diagnostics (ATF 141 V 281 consid. 2.2, 2.2.1 et 2.2.2). On conclura dès lors à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable (par exemple une discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact) (ATF 141 V 281 consid. 2.2.1; 132 V 65 consid. 4.2.2; 131 V 49 consid. 1.2).

Tribunal cantonal TC Page 4 de 16 2.2.2. Dans cet arrêt ATF 141 V 281, le Tribunal fédéral a en revanche abandonné la présomption qui prévalait jusqu'à ce jour, selon laquelle les syndromes du type troubles somatoformes douloureux et affections psychosomatiques assimilées peuvent être surmontés en règle générale par un effort de volonté raisonnablement exigible. Seule l'existence de certains facteurs déterminés pouvait, exceptionnellement, faire apparaître la réintégration dans le processus de travail comme n'étant pas exigible. Désormais, la capacité de travail réellement exigible des personnes concernées doit être évaluée dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurée et sur la base d'une vision d'ensemble, à la lumière des circonstances du cas particulier et sans résultat prédéfini. Cette évaluation doit se dérouler sur la base d'un catalogue d'indices qui rassemble les éléments essentiels propres aux troubles de nature psychosomatique. La phase diagnostique devra mieux prendre en considération le fait qu'un diagnostic de "trouble somatoforme" présuppose un degré certain de gravité. Le déroulement et l'issue des traitements thérapeutiques et des mesures de réadaptation professionnelle fourniront également des conclusions sur les conséquences de l'affection psychosomatique. Il conviendra également de mieux intégrer la question des ressources personnelles dont dispose la personne concernée, eu égard en particulier à sa personnalité et au contexte social dans lequel elle évolue. Joueront également un rôle essentiel les questions de savoir si les limitations alléguées se manifestent de la même manière dans tous les domaines de la vie (travail et loisirs) et si la souffrance se traduit par un recours aux offres thérapeutiques existantes. 2.2.3. Les facteurs psychosociaux et socioculturels ne constituent à eux seuls pas des atteintes à la santé entraînant une incapacité de gain au sens de l'art. 4 LAI. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire qu'un substrat médical pertinent entrave la capacité de travail (et de gain) de manière importante et soit à chaque fois mis en évidence par un médecin spécialisé. Plus les facteurs psychosociaux et

socioculturels apparaissent au premier plan et imprègnent l'anamnèse, plus le diagnostic médical doit préciser si l'atteinte à la santé psychique équivaut à une maladie. Il ne suffit donc pas que le tableau clinique soit constitué d'atteintes relevant de facteurs socioculturels; il faut au contraire que celui-ci comporte d'autres éléments pertinents au plan psychiatrique tels qu'une dépression durable au sens médical ou un état psychique assimilable et non une simple humeur dépressive. En définitive, une atteinte psychique influençant la capacité de travail de manière autonome est nécessaire pour que l'on puisse parler d'invalidité. Tel n'est en revanche pas le cas lorsque l'expert ne relève pour l'essentiel que des éléments trouvant leur explication et leur source dans le champ socioculturel ou psychosocial (ATF 127 V 294 consid. 5a; arrêt TF I 797/06 du 21 août 2007 consid. 4). Dans le contexte des troubles somatoformes, le Tribunal fédéral a précisé que ces facteurs peuvent avoir des effets sur les ressources à disposition de l'assuré pour lui permettre de surmonter son atteinte à la santé (ATF 141 V 281 consid. 3.4.2.1). 3. D'après une jurisprudence constante, ce n'est pas l'atteinte à la santé en soi qui est assurée, ce sont plutôt les conséquences économiques de celle-ci, c'est-à-dire une incapacité de gain qui sera probablement permanente ou du moins de longue durée (ATF 127 V 294). L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40% au moins. La rente est échelonnée comme suit selon le taux de l'invalidité: un taux d'invalidité de 40% au moins donne droit à un quart de rente; lorsque l'invalidité atteint 50% au moins, l'assuré a droit à une demi-rente; lorsqu'elle atteint 60% au moins, l'assuré a droit à trois quarts de rente et lorsque le taux d'invalidité est de 70% au moins, il a droit à une rente entière (cf. art. 28 LAI).

Tribunal cantonal TC Page 5 de 16 3.1. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge en cas de recours) a besoin d'informations que seul le médecin est à même de lui fournir. La tâche de ce dernier consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est capable ou incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; 114 V 310 consid. 3c). Lorsque des expertises confiées à des médecins indépendants sont établies par des spécialistes reconnus, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier et que les experts aboutissent à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 122 V 157 consid. 1c et les références). En présence d'avis médicaux contradictoires, le juge doit apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt que sur une autre. A cet égard, l'élément décisif pour apprécier la valeur probante d'une pièce médicale n'est en principe ni son origine, ni sa désignation sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu. Il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 125 V 351 consid. 3a; 122 V 157). En outre, il y a lieu d'attacher plus de poids à l'opinion motivée d'un expert qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin traitant dès lors que celui-ci, vu la relation de confiance qui l'unit à son patient, est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour lui (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées). Enfin, l'on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou un juge et procéder à de

nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire (arrêt TF 9C\_201/2007 du 29 janvier 2008). 3.2. Enfin, selon la jurisprudence récente du Tribunal fédéral, lorsqu'il est constaté que la cause n'est pas suffisamment instruite sur le plan médical, les tribunaux cantonaux devront, en règle générale, ordonner une expertise judiciaire, à la charge de l'assureur, lorsqu'ils estimeront qu'un état de fait médical nécessite des mesures d'instruction sous forme d'expertise ou lorsqu'une expertise administrative n'a pas de valeur probante sur un point juridiquement déterminant. Un renvoi à l'assureur demeure néanmoins possible lorsqu'il est justifié par une question nécessaire demeurée jusqu'ici non éclaircie ou lorsque certaines affirmations d'experts nécessitent des éclaircissements, des précisions ou des compléments (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4). 4. Selon l'art. 17 al. 1 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. 4.1. Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision. La rente peut ainsi être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain (ou d'exercer ses travaux habituels) ont subi un changement important (ATF 130 V 343 consid. 3.5). Une simple appréciation différente

Tribunal cantonal TC Page 6 de 16 d'un état de fait, qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé n'appelle en revanche pas à une révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 112 V 371 consid. 2b; 112 V 387 consid. 1b). Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient lorsque la décision initiale de rente a été rendue avec les circonstances régnant à l'époque du prononcé de la décision litigieuse (ATF 130 V 351 consid. 3.5.2; 125 V 369 consid. 2 et la référence citée; voir également ATF 112 V 371 consid. 2b et 112 V 387 consid. 1b). Le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une révision correspond à la dernière décision qui repose sur un examen matériel du droit à la rente, avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit (ATF 133 V 108 consid. 5.4 p. 114 cité par la juridiction cantonale). Une communication, au sens de l'art. 74<sup>ter</sup> let. f du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance- invalidité (RAI; RS 831.201), a valeur de base de comparaison dans le temps si elle résulte d'un examen matériel du droit à la rente (cf. arrêts TF 9C\_46/2009 du 14 août 2009 consid. 3.1 in SVR 2010 IV n° 4 p. 7; 9C\_910/2010 du 7 juillet 2011 consid. 3.2 a contrario). 4.2. Lorsque les conditions de la révision de la rente ne sont pas ouvertes, il reste encore, cas échéant, à examiner celles de la reconsidération de la décision d'octroi de la rente (ATF 119 V 475 consid. 1b/cc), reconsidération notamment prévue par l'art. 53 al. 2 LPGA. Cette disposition prévoit que l'assureur peut revenir sur les décisions ou les décisions sur opposition formellement passées en force lorsqu'elles sont manifestement erronées et que leur rectification revêt une importance notable. Par ce biais, on corrigera une application initiale erronée du droit, de même qu'une constatation erronée résultant de l'appréciation des faits (ATF 115 V 314 consid. 4a/cc). Selon la jurisprudence, pour juger s'il est admissible de reconsidérer pour le motif qu'une décision est sans doute erronée, il faut se fonder sur la situation juridique existant au moment où cette décision est rendue, compte tenu de la pratique en vigueur à l'époque (ATF 125 V 383 consid. 3 et les références citées). Par le biais de la reconsidération, on corrigera une application initiale erronée du droit, de même qu'une constatation erronée résultant de l'appréciation des faits. Un

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

Tribunal cantonal TC Page 7 de 16 5. Est litigieuse la suppression de la rente entière limitée dans le temps ainsi que la suppression ultérieure de la demi-rente d'invalidité. La recourante estime avoir encore droit à la rente entière qui lui a été octroyée pour les mois de mars et avril 2015 en raison de l'aggravation de son état de santé liée à son opération du 17 novembre 2015. A tout le moins, elle soutient que l'autorité intimée n'a pas démontré une amélioration de son état de santé depuis le prononcé de la décision du 28 février 2008 lui octroyant la demi-rente initiale, dès le 1er septembre 2003. Quant à l'autorité intimée, elle considère tout d'abord que l'aggravation liée à l'opération du 17 novembre 2014 n'est pas avérée au-delà du 30 avril 2015, compte tenu de la diminution des douleurs constatée le 1er avril 2015. Pour le surplus, elle estime que la disparition du syndrome lombosciatalgique et de la symptomatologie fibromyalgique, constatée par les nouveaux experts, permet d'attester une capacité de travail de 100% sans diminution de rendement dans l'activité actuelle adaptée de la recourante, de sorte que la suppression de rente doit être confirmée. Qu'en est-il ? 5.1. La décision du 28 février 2008, octroyant à la recourante une demi-rente dès le 1er septembre 2003, constitue le point de départ temporel. Il s'agit en effet de la seule décision entrée en force qui repose sur un examen matériel approfondi du droit à la rente. Le taux d'invalidité de 51%, fondé sur une incapacité de travail de 40% dans une activité adaptée, avait été déterminé sur la base des éléments suivants : 5.1.1. Demande du 1er juillet 2003 Le 1er juillet 2003, A. \_\_\_\_\_, née en 1967, aide familiale à 90% auprès de B. \_\_\_\_\_, a déposé une demande de prestations AI pour « fibromyalgie », alors qu'elle se trouvait en incapacité de travail à 50% depuis le 11 octobre 2002 (dossier OAI, pièce 2). Cette incapacité de travail à 50% avait tout d'abord été attestée par la Dresse C. \_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie, en raison, par ailleurs, des diagnostics suivants : « suspicion de syndrome du tunnel carpien à droite; épicondylite droite; status après périarthrite de l'épaule droite » rapport du 35 octobre 2002, dossier OAI, pièce 42, p. 115), également confirmée par le Dr D. \_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, qui avait pour sa part décelé des « signes discrets d'une irritation radiculaire » (rapport du 25 octobre 2002, dossier OAI, pièce 42, p. 117-118). Dans un rapport du 11 avril 2003, le Dr E. \_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie, a indiqué que l'assurée souffrait de « fibromyalgie » et de « troubles statiques

du rachis » (« fibromyalgie avec au second plan, comme épine irritative, lombalgies en rapport avec des troubles statiques et dégénératifs modérés »). Ces conclusions reposaient notamment sur des radiographies, qui avaient mis en évidence la présence de « troubles statiques avec une certaine rectitude lombaire avec cassure lordotique centrée sur centrée sur L5-S1, de même qu'une légère scoliose dorso- lombaire dextro-convexe. On ne note pas de trouble dégénératif net pour l'instant, si ce n'est un début de spondylose L3-L4 ». Ces atteintes justifiaient selon ce spécialiste une incapacité de travail de 50% pour l'activité d'aide familiale (dossier OAI, pièce 45, p. 127-128).

Tribunal cantonal TC Page 8 de 16 Le Dr E. \_\_\_\_\_ a ensuite confirmé ces diagnostics dans un rapport du 14 juillet 2003 à l'intention de l'OAI, ainsi qu'une capacité de travail limitée à 45% dans l'activité d'aide familiale, pouvant être augmentée à environ 60% dans une activité adaptée telle qu'un travail de secrétariat ou de réception (dossier OAI, pièces 11 et 44, p. 31 et 123). À compter du 1er janvier 2005, l'assurée a bénéficié de mesures d'ordre professionnel, sous la forme d'un stage de réadaptation en tant que réceptionniste à 50% auprès de son employeur habituel (cf. notamment décision du 3 octobre 2005, dossier OAI, pièce 81).

5.1.2. Expertise bidisciplinaire Une expertise bidisciplinaire, rhumatologique et psychiatrique, a été demandée par l'OAI aux Drs F. \_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie, et G. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Dans son rapport du 20 mai 2005, l'experte en rhumatologie avait reconnu les diagnostics de « syndrome douloureux de type fibromyalgique » et de « troubles statiques et dégénératifs débutants du rachis lombaire ». Elle avait considéré que sur le plan somatique, la capacité de travail de l'assurée demeurait entière dans toute activité légère, permettant l'alternance des positions et respectant les limitations fonctionnelles (à savoir, aucune activité physiquement sollicitante), moyennant une diminution de rendement de 20% selon les douleurs et l'état de fatigue, en raison d'une baisse d'endurance et d'un certain absentéisme (dossier OAI, pièce 72). Quant à l'expert psychiatre, dans son rapport du 31 mai 2005, il avait conclu à la présence d'un « syndrome douloureux somatoforme persistant depuis 2002 » ainsi que d'un « épisode dépressif moyen ». Sur le plan psychiatrique, il admettait une capacité de travail limitée à 50% (dossier OAI, pièce 69).

5.1.3. Appréciation du SMR et décision du 28 février 2008 Le 28 juin 2005, le Service médical régional (SMR) de l'OAI, par la voix du Dr H. \_\_\_\_\_, avait considéré que les conclusions de l'expertise psychiatrique ne pouvaient être suivies, en l'absence de comorbidité psychiatrique permettant de reconnaître un caractère invalidant au syndrome somatoforme, et compte tenu d'un épisode dépressif qualifié de « mineur », non susceptible de justifier une incapacité de travail. L'expertise rhumatologique était en revanche pleinement probante. Dans la mesure où la réadaptation professionnelle en cours semblait positive, ce médecin avait toutefois proposé d'augmenter le taux de travail effectif à 60% afin de retenir « une sorte de moyenne » de la capacité de travail selon chaque expert. En conclusion, il avait retenu qu'une activité adaptée aux limitations fonctionnelles (« port de charges lourdes, position statique figée, surélévation des membres sup répétitifs au-dessus de l'horizontale, travaux lourds ») était exigible à 60% (dossier OAI, pièce 74). Aux termes des mesures d'ordre professionnel financées par l'AI, l'assurée a été engagée dès le 1er janvier 2008 en tant que réceptionniste-téléphoniste à un taux de 50% (dossier OAI, pièce 132). Enfin, par décision du 28 février 2008, l'OAI lui a accordé une demi-rente d'invalidité dès le 1er septembre 2003, en retenant une incapacité de travail de 40% dans une activité adaptée (dossier OAI, pièces 133, 136 et 139).

5.2. Il ressort de ces éléments, et tout particulièrement des explications du SMR, que cette première décision n'était pas essentiellement fondée sur le syndrome somatoforme ou sur

l'état

Tribunal cantonal TC Page 9 de 16 dépressif, mais tenait compte de l'ensemble des troubles présentés par l'assurée, tant au niveau rhumatologique (atteintes du rachis lombaire) qu'au niveau psychique. Dans un tel contexte, l'assurée pouvait prétendre à une demi-rente. 5.3. Par la suite, cette demi-rente a fait l'objet de deux procédures de révision d'office, en 2010 et en 2012, qui ont abouti au constat que celle-ci demeurait due. A ces occasions, l'avis du médecin traitant, le Dr I. \_\_\_\_\_, avait été demandé. Dans un rapport du 24 août 2010, celui-ci avait indiqué que l'état de santé de sa patiente était « stationnaire, voire mini aggravation », en relevant qu'elle avait présenté un état dépressif type « burn out » entre le 17 mai et le 16 août 2010, dont l'évolution était toutefois favorable. Par ailleurs, il avait signalé la persistance de douleurs chroniques plus ou moins importantes situées notamment au niveau cervico-scapulaire nécessitant une médication intermittente (dossier OAI, pièce 148). Par la suite, dans un rapport du 13 août 2012, il avait à nouveau fait part d'un « état stationnaire, petite tendance à l'aggravation ». Il avait signalé un nouvel « épisode d'état dépressif », considéré comme « sous-jacent à la fibromyalgie », survenu en hiver 2011-2012. Il avait par ailleurs confirmé le taux d'activité de 50%, considéré comme favorable pour permettre à l'assurée de se reposer régulièrement et d'amoinrir ses douleurs chroniques (dossier OAI, pièce 154), dans le droit sens de la demi-rente octroyée. La demi-rente a ainsi été confirmée sans modification à deux reprises, par décisions du 22 septembre 2010 (dossier OAI, pièce 149) puis du 29 septembre 2012 (dossier OAI, pièce 156), sans que l'OAI ne juge nécessaire de mettre en œuvre d'autres mesures d'investigation, laissant ainsi entendre qu'il ne remettait nullement en cause l'avis du médecin traitant. 6. 6.1. Demande de révision du 30 mars 2015 Le 17 novembre 2014, l'assurée a subi une intervention chirurgicale en raison d'une hernie discale (« décompression micro-chirurgicale L5-S1 droite avec foraminotomie S1 et séquestrotomie »), pratiquée par le Prof. Dr J. \_\_\_\_\_, spécialiste en neurochirurgie (protocole opératoire, dossier OAI, pièce 172, p. 487). Ce dernier a attesté d'une incapacité de travail totale du 11 novembre 2014 au 1er février 2015, puis de 50% jusqu'au 28 février 2015 (dossier OAI, pièce 161, p. 427). Le 30 mars 2015, l'assurée a déposé une demande de révision de sa demi-rente, invoquant une aggravation de son état de santé depuis août 2014 en raison d'une « douleur dorsale aigue » (dossier OAI, pièce 163). Dans un rapport du 1er avril 2015, le Prof. Dr J. \_\_\_\_\_ a indiqué que suite à l'opération, les sciatalgies avaient disparu, mais que les douleurs dorsales persistaient, aggravées par la récente ménopause de l'assurée (dossier OAI, pièce 172, p. 489). Un rapport d'IRM du même jour a mis en évidence les diagnostics suivants : « Rechtskonvexe skoliotische Fehllhaltung der LWS. Status nach Dekompression L5/S1 rechts. Diskusbulging LWK4/5 und LWK5/SWK1 zusätzlich mit medianer Diskusprotrusion LWK5/SWK1 rezessale Engen, mit narbigen Veränderungen insbesondere rechtsseitig um die S1-Wurzel, eine Reizung ist möglich, keine Nervenwurzelkompression. Keine Spinalkanalstenose. Osteochondrose LWK5/SWK1. Leichte Spondylarthrose LWK4/4, LWK5/SWK1 » (dossier OAI, pièce 172, p. 490).

Tribunal cantonal TC Page 10 de 16 Le 10 août 2015, le Dr I. \_\_\_\_\_ a indiqué, dans un rapport à l'intention de l'OAI, que l'intervention du 17 novembre 2014 avait eu un bon effet sur les douleurs aiguës, avec cependant une persistance des lombalgies non-irradiantes. Il a également signalé une « récurrence du syndrome anxio-dépressif », survenu à la fin mai-début juin 2015. En conséquence, il a proposé une diminution du taux d'activité de 50% à 40%,

compte tenu des différentes atteintes (« hernie discale avec opération, lombalgies persistantes, [recrudescence] de l'état anxio-dépressif ») (dossier OAI, pièce 182, p. 504-505). Le 22 septembre 2015, le SMR a confirmé une aggravation de l'état de santé depuis la dernière décision d'octroi de rente du 19 septembre 2012 et a recommandé la mise en œuvre d'une expertise (dossier OAI, p. 516). Dans un rapport du 10 août 2016 adressé au médecin traitant, le Prof. Dr J. \_\_\_\_\_ a signalé une « rechute de la hernie L5/S1 médiane », sur la base d'un rapport d'IRM du 17 juin 2016, qui avait mis en évidence une « importante discopathie L5-S1 érosive avec importante inflammation osseuse (...) apparue depuis avril 2015 » (dossier OAI, pièce 209, p. 585-586). Le neurochirurgien a ainsi recommandé une infiltration des sacroiliaques et des facettaires L5/S1 afin d'éviter une deuxième opération, tout en réservant la possibilité d'une opération en cas de résistance des douleurs (dossier OAI, pièce 229, p. 666). Ces infiltrations ont été pratiquées le 16 août 2016, mais n'ont toutefois pas eu un effet satisfaisant (« [la patiente] continue de souffrir du lumbago et des paresthésies de la jambe droite »; rapport du Prof. Dr J. \_\_\_\_\_ du 14 septembre 2016, dossier OAI, pièce 229, p. 667).

6.2. Nouvelle expertise bidisciplinaire Le 21 décembre 2016, le Dr K. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a rendu le premier volet de l'expertise bidisciplinaire demandée par l'OAI (dossier OAI, pièce 209). Dans son rapport, l'expert relève un « discret syndrome lombo-vertébral chronique », avec cependant une « bonne mobilité du rachis avec une lordose conservée en position bipodale et une cyphose fonctionnelle ». Sur la base du bilan radiologique, il relève une hernie discale apparue durant l'année 2014 et « sans récurrence depuis l'intervention du 17 novembre 2014 » (rapport, p. 11). A cet égard, force est de constater que cette appréciation contredit celle du neurochirurgien traitant, qui avait signalé une récurrence de la hernie discale le 10 août 2016. L'expert souligne également l'apparition d'une discopathie apparue durant l'année 2016, qu'il qualifie toutefois d'« encore modérée » (rapport, p. 11), au contraire du dernier rapport d'IRM qui mentionnait une « importante discopathie L5-S1 érosive avec importante inflammation osseuse (...) ». Par ailleurs, l'expert affirme que la patiente ne présente pas le « comportement classique d'une assurée fibromyalgique. La palpation des points classiques de fibromyalgie m'ont paru peu symptomatiques » (p. 11). En conséquence, il retient un seul diagnostic ayant eu une influence sur la capacité de travail, du point de vue orthopédique, à savoir des « lombosciatalgies droites résiduelles après cure d'hernie discale L5-S1 droite le 17 novembre 2014, sans syndrome irritatif ou déficitaire sensitivomoteur objectivés » (p. 14). En conclusion, il considère que « au-delà du délai habituel de quatre à six

Tribunal cantonal TC Page 11 de 16 mois d'arrêt de travail dans son activité de réceptionniste/téléphoniste après la cure d'hernie discale, la capacité de travail a été totale dans son activité » (p. 16). Quant au volet psychiatrique, il a été confié au Dr L. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, qui, suite à un entretien le 8 juillet 2016, a rendu son rapport le 9 mars 2017 (dossier OAI, pièce 212). L'expert exclut tout d'abord la présence de troubles psychiques jusqu'en 2005 (rapport, p. 9). Après avoir analysé en détail les critères diagnostiques de la dépression et des troubles à symptomatologie somatique, il retient les diagnostics d'« épisode dépressif récurrent subclinique (versus trouble de l'adaptation) évoluant actuellement vers une dysthymie chronique » et de « trouble à symptomatologie somatique avec douleurs prédominantes, chronique, léger »; tous deux sont considérés comme sans répercussion sur la capacité de travail (p. 19). Il justifie ses conclusions, divergentes de celles du précédent expert psychiatrique, le Dr G. \_\_\_\_\_,

qu'il juge « en contradiction avec la description des plaintes sur le plan psychique » et estime qu'au moment de la première expertise, il n'y avait « déjà probablement pas de trouble psychiatrique objectif pour justifier une incapacité de travail » (p. 26). Il considère que « l'assurée ne présente aucune pathologie psychique pouvant interférer avec une activité légère adaptée à ses limitations somatiques objectives. (...) D'un point de vue psychiatrique, sa capacité de travail est entière » (p. 26). Par ailleurs, il relève que « la diminution des capacités fonctionnelles n'est pas due à une atteinte à la santé du point de vue psychiatrique. Au vu de l'attitude générale de l'assurée, il existe probablement des facteurs non pris en considération par l'assurance-invalidité tels la situation économique, l'âge ou d'autres éléments » (p. 28) et que « son activité [professionnelle] actuelle est tout à fait adéquate » (p. 30). Partant, il retient une capacité de travail de 100%, sans baisse de rendement, dans l'activité habituelle, depuis toujours ou à tout le moins dès le 01.01.2016 (p. 32).

6.3. Appréciation du SMR et décision litigieuse Appelé à se prononcer sur ces deux rapports d'expertise, le SMR, par l'intermédiaire du Dr M. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, les qualifie de concluants et convaincants. Ainsi, il retient que le diagnostic de fibromyalgie a disparu depuis 2005 et exclut la présence d'une atteinte à la santé avec influence sur la capacité de travail sur le plan psychiatrique. Il reconnaît une aggravation transitoire liée à l'intervention chirurgicale du 17 novembre 2014, puis une amélioration « avec disparition des douleurs constaté lors du bilan de contrôle du 01.04.2015 du Prof. Dr J. \_\_\_\_\_ ». En conclusion, il retient « une capacité de travail de 100% sans diminution de rendement dans l'activité habituelle adaptée de l'assurée » (dossier OAI, pièce 215, p. 636-637). C'est dans ce contexte que l'OAI a rendu le projet de décision attaquée le 11 mai 2017 (dossier OAI, pièce 218). A l'appui de ses objections du 15 juin 2017, l'assurée produit un rapport du 12 juin 2017 de son médecin traitant, le Dr I. \_\_\_\_\_. Ce dernier relève que le Prof. Dr J. \_\_\_\_\_, en septembre 2016, parle de « situation insatisfaisante en raison de la poursuite de lumbagos et de paresthésies de la jambe droite », ce qui ne semble pas avoir été pris en compte par l'expert orthopédique. Sur le plan psychiatrique, il confirme son diagnostic d'« état anxio-dépressif fluctuant avec des périodes de renfermement (...) aussi en rapport avec les douleurs lombaires. Ces symptômes s'accompagnent de troubles du sommeil, de diminution de l'envie et du renfermement ». Ainsi, il considère qu'il serait « inadéquat de revenir sur le taux précédent d'incapacité de travail sinon

Tribunal cantonal TC Page 12 de 16 s'expose [sic] à des aggravations des 2 problèmes principaux de la patiente et un retour en arrière de cette capacité de travail » (dossier OAI, pièce 229, p. 664). Le 11 juillet 2017, le Dr M. \_\_\_\_\_ du SMR a confirmé la valeur probante des deux expertises, relevant que les diagnostics évoqués par les experts correspondent à l'appréciation clinique détaillée de l'assurée, « notamment l'absence de signes florides de fibromyalgie et des limitations de type lombalgiques très discrètes ne justifiant pas une incapacité de travail dans une activité sédentaire ». Il affirme que les troubles psychiques décrits par le médecin traitant ne remplissent pas les conditions d'un épisode dépressif, même léger, ni d'un trouble anxieux avéré, de sorte qu'ils ne peuvent être considérés comme un trouble invalidant au sens de la LAI. Il confirme ainsi l'exigibilité évoquée par les experts (dossier OAI, pièce 234, p. 678). Par décision du 24 novembre 2017, l'OAI a confirmé l'augmentation provisoire de la rente ainsi que sa suppression totale à compter du 1er janvier 2018.

7. La première question sur laquelle la Cour est amenée à se prononcer est celle de savoir si la recourante peut prétendre à l'octroi d'une rente entière au-delà du 30 avril 2015. Il n'est en effet pas contesté qu'une aggravation, à tout le moins

passagère, a eu lieu en raison de la hernie discale, opérée le 17 novembre 2014. Les avis médicaux au dossier divergent toutefois quant à la durée de cette aggravation. Ainsi, l'expert orthopédiste mandaté par l'OAI estime qu'il ne subsiste plus qu'un « discret syndrome lombo-vertébral chronique », non incapacitant, alors que les atteintes incapacitantes ont été traitées avec succès par l'intervention du 17 novembre 2014 (hernie discale « sans récédive » et lombosciatalgies « résiduelles » uniquement). En conséquence, il retient une capacité de travail entièrement recouvrée dans un délai de quatre à six mois après cette opération (rapport du 21 décembre 2016, dossier OAI, pièce 209). Cette position semble toutefois contredite par les rapports d'imagerie, qui paraissent mettre en évidence la persistance, voire l'aggravation de l'atteinte au niveau des disques L5-S1 (rapports des 1er avril 2015 et 17 juin 2016, dossier OAI, pièces 172 et 209). De même, le spécialiste en neurochirurgie, qui, suite à l'intervention du 17 novembre 2014, avait déjà signalé en avril 2015 la persistance des douleurs dorsales (dossier OAI, pièce 172), avait par la suite encore attesté en août 2016 d'une récédive de la hernie (dossier OAI, pièce 229), puis, le 14 septembre 2016, de douleurs et de paresthésies de la jambe droite (dossier OAI, pièce 229). Quant au médecin traitant, il a confirmé à plusieurs reprises la persistance des lombalgies, lesquelles engendrent en outre une recrudescence de l'état anxio-dépressif (rapports des 10 août 2015 et 12 juin 2017, dossier OAI, pièces 182 et 229). Au vu de ces avis médicaux fondamentalement divergents, la Cour considère que les conclusions de l'expertise orthopédique ne sauraient être suivies sur la question de la durée de l'aggravation de l'état de santé de la recourante suite à l'intervention du 17 novembre 2014 et ses répercussions négatives sur sa capacité de travail. Dans ces conditions, force est d'admettre que les mesures d'instruction diligentées sont insuffisantes pour permettre à la Cour de statuer.

Tribunal cantonal TC Page 13 de 16 Compte tenu de la jurisprudence du Tribunal fédéral en la matière (cf. supra consid. 3.2), il convient de renvoyer la cause à l'autorité intimée afin qu'elle reprenne l'instruction dans le sens des considérants, pour établir la durée précise de l'aggravation de santé constatée et son incidence sur la capacité de travail de la recourante, et rendre une nouvelle décision en ce sens. 8. Est encore litigieuse la suppression, avec effet au 31 décembre 2017, de la demi-rente octroyée par décision du 28 février 2008. Par économie de procédure, le bien-fondé de la suppression totale de cette demi-rente, en tant que limite minimale des prestations octroyées à la recourante, mérite d'ores et déjà d'être examiné ici, indépendamment de l'instruction complémentaire qui devra être mise en œuvre par l'autorité intimée afin de déterminer précisément la durée de la rente entière. Il convient en premier lieu d'examiner à cet égard si les conditions d'une révision au sens de l'art. 17 LPGA sont remplies, en ce sens que l'état de santé de la recourante se serait amélioré au point de justifier une suppression de la demi-rente octroyée jusqu'alors. C'est la thèse retenue par l'autorité intimée. 8.1. Il n'est pas contesté que la recourante souffre d'atteintes sur le plan lombaire, ainsi que d'un épisode dépressif récurrent. Seuls la gravité et le caractère invalidant de ces atteintes sont contestés, au vu des conclusions divergentes des experts et des médecins traitants. Or, ce sont précisément de tels troubles qui avaient justifié, principalement, l'octroi de la demi-rente en 2008. Pour mémoire, le diagnostic pris en considération par l'OAI à l'époque pour justifier l'octroi de la demi-rente d'invalidité était, principalement, des « troubles statiques et dégénératifs débutants du rachis lombaire », selon l'expertise rhumatologique du 20 mai 2005, accompagnés d'un diagnostic – déjà controversé à l'époque – de fibromyalgie et d'état dépressif (cf. consid. 5.2). Le tableau clinique semble ainsi être globalement superposable à celui qui prévalait à l'époque, et qui avait pourtant justifié l'octroi de la demi-rente. Dans ces conditions, on ne voit pas en quoi

l'état de santé de la recourante aurait subi une amélioration significative, d'autant moins que celle-ci, atteinte à l'époque de troubles lombaires dégénératifs, a aujourd'hui quinze ans de plus. Les conclusions des experts s'agissant de l'intensité des atteintes et de la capacité résiduelle de travail en découlant ne constituent au contraire qu'une nouvelle appréciation médicale relative à une situation qui n'a, en fin de compte, pas réellement changé. Or, comme mentionné ci-dessus (cf. consid. 4.1.), une simple appréciation différente d'un état de fait, qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé ne permet pas une révision au sens de l'art. 17 LPGA. Partant, les conclusions des deux nouvelles expertises ne constituent pas un motif suffisant pour permettre une remise en cause du taux d'invalidité reconnu à l'époque. 8.2. Ce d'autant moins que, comme il vient d'être dit, les conclusions de l'expert orthopédiste ne peuvent être suivies, en l'état actuel du dossier, s'agissant de l'intensité des troubles lombaires de la recourante, de sorte qu'il ne saurait pas non plus être question de les admettre sans restriction sur le plan de son estimation de la capacité de travail résiduelle.

Tribunal cantonal TC Page 14 de 16 Quant aux conclusions de l'expert psychiatre, on peut également se poser la question de leur pertinence, dans la mesure où ce dernier, en 2017, entend remettre en question les conclusions d'une précédente expertise datant de 2005, soit douze ans auparavant, en affirmant l'absence totale de trouble psychique incapacitant à l'époque. Dans ces conditions, il ne peut être considéré comme établi, au degré de la vraisemblance prépondérante, que l'état de santé de la recourante se soit effectivement sensiblement amélioré en comparaison avec celui sur la base duquel l'OAI avait initialement octroyé la demi-rente d'invalidité. La position retenue par l'OAI dans sa décision de suppression de rente du 24 novembre 2017 ne résulte donc pas d'une modification avérée et objective des circonstances médicales, mais au contraire d'une seule appréciation différente d'une situation similaire. 9. Une suppression de la demi-rente par la voie de la révision étant ainsi exclue, il reste à examiner la possibilité d'une reconsidération au sens de l'art. 53 al. 2 LPGA. D'après l'art. 53 al. 2 LPGA, 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. Dans cette démarche, il faut vérifier si, au moment du dernier examen matériel du droit à la rente, soit en l'espèce du 28 février 2008 octroyant le droit à une demi-rente, l'OAI avait retenu une solution manifestement erronée. 9.1. Il a été constaté ci-dessus que lorsque l'OAI a octroyé la demi-rente, il avait à sa disposition une expertise psychiatrique, dont les conclusions relatives à l'incapacité de travail avaient été jugées non concluantes, ainsi qu'une expertise rhumatologique, considérée quant à elle comme probante. Il disposait également de plusieurs rapports médicaux, émanant des différents spécialistes consultés par la recourante, ainsi que de l'appréciation du SMR. Or, la totalité de ces différents spécialistes avaient confirmé, sur le principe, quoique à des degrés différents, l'existence d'une incapacité de travail justifiée sur le plan médical, ou, à tout le moins, une diminution de rendement s'agissant de l'experte rhumatologue. Les incertitudes qui avaient été relevées à l'époque par le SMR quant à l'existence d'une atteinte incapacitante sur le plan psychiatrique, avaient été malgré tout dûment prises en considération, et c'est ainsi sur la base d'un examen global que le taux d'invalidité avait été fixé. On ne saurait dès lors revenir aujourd'hui sur cette appréciation pour affirmer que la décision du 28 février 2008 était, au moment même où elle a été rendue, manifestement erronée. Par ailleurs, le droit à la demi-rente avait ensuite été confirmé à deux reprises lors de procédures de révision d'office, sur la base d'avis médicaux qui confirmaient le bien-fondé de l'incapacité de travail à hauteur de 40%. Ainsi, dans la mesure où l'OAI n'a nullement jugé bon de revoir

la situation au moment de ces deux procédures de révision, mais s'est au contraire contenté de suivre l'avis du médecin traitant, l'on peut s'étonner du fait qu'il ne la ré-envisage totalement qu'au moment où l'assurée finit par demander elle-même une révision de sa situation, estimant avoir droit à une augmentation de sa demi-rente.

Tribunal cantonal TC Page 15 de 16 9.2. Dans ces circonstances, la suppression de la rente apparaît directement liée à la demande d'augmentation de celle-ci, ce qui peut donner la fâcheuse impression que les assurés ont tout intérêt à se satisfaire des prestations qui leur sont partiellement octroyées – ici, depuis environ quinze ans. Au demeurant, la prééminence d'un l'intérêt public à rectifier la décision initiale, seconde condition cumulative posée par l'art. 53 al. 2 LPGA, ne paraît pas non plus clairement établie, dans la mesure où une modification du taux d'invalidité, selon le médecin traitant, risquerait de provoquer une aggravation de l'état de santé et, partant, diminuer encore la capacité de travail résiduelle (cf. consid. 6.3), au préjudice de l'intérêt privé de la recourante. 10. Compte tenu de tout ce qui précède, dans la mesure où ni les conditions d'une révision-suppression, ni celles d'une reconsidération n'étaient remplies, la décision du 24 novembre 2017 supprimant la demi-rente dès le 1er janvier 2018, n'est pas conforme au droit. A côté de cela, la durée de l'augmentation de la demi-rente en une rente entière n'étant pas suffisamment instruite, la décision doit, sous cet angle également, être annulée. 11. 11.1. La procédure n'étant pas gratuite en assurance-invalidité, des frais de justice sont mis à la charge de l'OAI qui succombe, par CHF 800.-. Dans le même temps, l'avance de frais versée le 19 février 2018 par la recourante lui est restituée. 11.2. Vu l'issue du litige, la recourante a droit à une indemnité de partie. Elle est représentée par Inclusion Handicap, organisme ne sachant invoquer les tarifs usuels applicables aux avocats, et qui a par ailleurs déclaré s'en remettre à justice s'agissant de l'indemnité de partie qui lui est due. Au vu des circonstances, une indemnité forfaitaire globale de CHF 1'000.-, débours et éventuelle TVA comprise, lui est allouée. Elle est mise à la charge de l'OAI.

Tribunal cantonal TC Page 16 de 16 la Cour arrête : I. Le recours est admis. Partant, la cause est renvoyée à l'OAI pour examen du droit à la rente entière au-delà du 30 avril 2015 et nouvelle décision sur ce point, dans le sens des considérants. II. Le droit, au minimum, à la demi-rente, est maintenu au-delà du 31 décembre 2017. III. Des frais de justice de CHF 800.- sont mis à la charge de l'OAI qui succombe. IV. L'avance de CHF 800.- versée par la recourante lui est restituée. V. Une équitable indemnité de partie de CHF 1'000.-, débours et éventuelle TVA comprise, est allouée à la recourante, directement en mains de Inclusion Handicap qui la représente. Elle est intégralement mise à la charge de l'OAI. VI. Notification. Un recours en matière de droit public peut être déposé auprès du Tribunal fédéral contre le présent jugement dans un délai de 30 jours dès sa notification. Ce délai ne peut pas être prolongé. Le mémoire de recours sera adressé, en trois exemplaires, au Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne. Il doit indiquer les conclusions, les motifs et les moyens de preuve et être signé. Les motifs doivent exposer succinctement en quoi le jugement attaqué viole le droit. Les moyens de preuve en possession du (de la) recourant(e) doivent être joints au mémoire de même qu'une copie du jugement, avec l'enveloppe qui le contenait. La procédure devant le Tribunal fédéral n'est en principe pas gratuite. Fribourg, le 3 décembre 2018/isc Le Président : La Greffière :

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.