

# FR\_GERICHTE 608 2017 263 vom 10. Dezember 2018

FR Kantonsgericht, 2018-12-10, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr\\_gerichte\\_608\\_2017\\_263](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_608_2017_263)

FR: FR\_GERICHTE 608 2017 263 du 10 décembre 2018

IT: FR\_GERICHTE 608 2017 263 del 10 dicembre 2018

## Regeste

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

## Erwägungen

### E. 16

octobre 2009, d'abord à un taux de 20% puis de 50% à partir de décembre 2009. B. Le 30 octobre 2009, l'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg (ci-après: OAI), en raison d'une atteinte au niveau de la "zone ophtalmique". Par décision du 5 avril 2011, l'OAI lui a reconnu le droit à une demi-rente d'invalidité dès le 1er mai 2010 sur la base d'un degré d'invalidité de 50%. Le droit à une demi-rente a été confirmé par communication du 11 janvier 2012 et du 19 octobre 2015. Le 31 juillet 2014, l'assurée a perdu son emploi pour des raisons économiques. Dans le cadre de l'aide au placement qui a suivi, elle a bénéficié d'un stage de préparation à une activité professionnelle à mi-temps auprès de C. \_\_\_\_\_, du 1er septembre au 30 novembre 2014, et auprès de D. \_\_\_\_\_, du 3 novembre 2014 au 4 mai 2015. Ce dernier stage a été interrompu le 28 mars 2015, une incapacité de travail étant médicalement attestée. C. En octobre 2014, l'assurée a soutenu que son état de santé s'était péjoré et a demandé une nouvelle évaluation de son degré d'invalidité. Dans le cadre de l'instruction du dossier, l'OAI a diligenté une expertise auprès du Dr E. \_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie. Dans son rapport du 23 mai 2017, il conclut que la capacité de travail de l'assurée est entière depuis 2009, sous réserve d'une perte de rendement de 30%. Par décision du 6 octobre 2017, reprenant un projet du 7 juin 2017, l'OAI a supprimé la demi-rente sur la base d'un degré d'invalidité à 30% avec effet dès le mois de décembre 2017. D. Contre cette décision, l'assurée, représentée par Me Pierre Mauron, avocat, interjette recours (608 2017 263) devant le Tribunal cantonal le 6 novembre 2017, concluant, avec suite de frais et dépens, principalement, à l'octroi d'une rente entière dès novembre 2016 et, subsidiairement, au renvoi de la cause à l'OAI pour instruction complémentaire. A l'appui de son recours, elle soutient que l'expertise du Dr E. \_\_\_\_\_ n'est pas probante et comporte de nombreuses erreurs et incohérences, affirmant notamment que l'expert examine des problématiques hors de son domaine de compétence et procède à de nombreuses appréciations subjectives. Elle souligne ensuite que l'ensemble des autres rapports figurant au dossier contredisent la position de l'expert, tant s'agissant des diagnostics posés que de l'évaluation de la capacité de travail, rappelant qu'une estimation différente de l'invalidité ne constitue pas un changement déterminant pour justifier la suppression de sa rente. Bien au contraire, s'appuyant sur les rapports de ses médecins, elle estime que son état de santé s'est notablement péjoré, l'empêchant désormais de travailler à plus de 20%.

Tribunal cantonal TC Page 3 de 15 Parallèlement à son recours, l'assurée dépose une requête (608 2017 264) d'assistance judiciaire totale, demandant que son mandataire, Me Pierre Mauron, soit désigné défenseur d'office, ainsi qu'une requête (608 2017 265) visant à la restitution de l'effet suspensif à son recours. Par décision du 10 janvier 2018, cette dernière requête a été rejetée. Dans ses observations du 3 janvier 2018, l'OAI propose le rejet du recours. Il relève que la rente a été octroyée sur la base d'une instruction lacunaire, sans aucun avis d'un conseiller en réadaptation ou d'un neurologue. Il confirme ensuite la valeur probante de l'expertise du Dr E. \_\_\_\_\_, soutenant que la recourante n'aurait pas dû bénéficier d'une rente pendant toutes ces années. Enfin, il estime qu'il n'est pas nécessaire de procéder à des mesures d'instruction sur le plan psychiatrique, en l'absence de toute plainte du registre psychique, de toute mention au dossier d'un quelconque problème d'ordre psychiatrique, de tout traitement psychotrope et de toute prise en charge psychiatrique. Lors d'un second échange d'écritures, les parties campent, en substance, sur leurs positions. Autant qu'utiles à la solution du litige, il sera fait état des arguments développés par les parties à l'appui de leurs conclusions respectives dans les considérants en droit du présent arrêt.

en droit 1. Le recours est recevable. Il a été interjeté en temps utile et dans les formes légales auprès de l'autorité judiciaire compétente à raison du lieu ainsi que de la matière. La recourante, dûment représentée, est en outre directement atteinte par la décision querellée et a dès lors un intérêt digne de protection à ce qu'elle soit, cas échéant, annulée ou modifiée.

2. 2.1. Le droit d'être entendu est une garantie constitutionnelle de caractère formel (art. 29 al. 2 Cst.), dont la violation doit entraîner l'annulation de la décision attaquée, indépendamment des chances de succès du recourant sur le fond. Dès lors que l'on peut discerner les motifs qui ont guidé la décision de l'autorité, le droit à une décision motivée est respecté même si la motivation présentée est erronée. La motivation peut d'ailleurs être implicite et résulter des différents considérants de la décision (arrêt TF 2C\_23/2009 du 25 mai 2009 consid. 3.1). En revanche, une autorité se rend coupable d'un déni de justice formel si elle omet de se prononcer sur des griefs qui présentent une certaine pertinence ou de prendre en considération des allégués et arguments importants pour la décision à rendre (cf. ATF 133 III 235 consid. 5.2; 126 I 97 consid. 2b; 125 III 440 consid. 2a). Pour autant qu'elle ne soit pas d'une gravité particulière, la violation du droit d'être entendu est réparée lorsque la partie lésée a la possibilité de s'exprimer devant une autorité de recours jouissant d'un plein pouvoir d'examen (ATF 132 V 387 consid. 5.1 et les arrêts cités). Au demeurant, la réparation d'un vice éventuel ne doit avoir lieu qu'exceptionnellement (ATF 137 I 195 consid. 2.3.2, 135 I 279 consid. 2.6.1). Toutefois, même dans l'hypothèse où la violation du droit d'être entendu serait d'une gravité particulière, un renvoi de la cause à l'administration dans le sens d'une réparation du droit d'être entendu ne saurait entrer en considération, si et dans la

Tribunal cantonal TC Page 4 de 15 mesure où le renvoi conduit formellement à un temps mort ainsi qu'à des retards inutiles, incompatibles avec l'intérêt du justiciable à un jugement expéditif de la cause (ATF 132 V 387 consid. 5.1).

2.2. En l'espèce, la Cour constate d'emblée que la motivation de la décision litigieuse ne lui permet pas clairement de déterminer si l'OAI a supprimé la demi-rente en procédant à une révision (art. 17 de la loi du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, LPGa; RS 830.1), une révision procédurale (art. 53 al. 1 LPGa), une reconsidération (art. 53 al. 2 LPGa) ou un réexamen (dispositions finales de la modification du 18 mars 2011 de la loi du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité, LAI; RS 831.20). Dans la partie motivation, l'autorité intimée n'indique en effet pas si la suppression de rente est liée à l'existence d'une

amélioration de la situation, à l'existence de faits nouveaux ou nouveaux moyens de preuves, voire à une première décision manifestement erronée. En outre, il n'est fait nulle mention des dispositions légales applicables dans la motivation même de la décision. Tout au plus constate-t-on que les articles cités en annexe, sur une feuille séparée et en petits caractères, comportent l'art. 53 LPGA et non l'art. 17 LPGA ou les dispositions finales de la LAI. En l'état, l'on ne peut donc que difficilement discerner les motifs qui ont guidé la décision de l'autorité intimée. Au demeurant, dans son mémoire de recours, l'assurée examine la suppression de rente sous l'angle de la révision, alors que l'autorité intimée fait, quand à elle, référence au fait que son assurée "n'aurait à l'évidence pas dû bénéficier d'une rente pendant toutes ces années". L'assurée et l'autorité appréhendent donc la situation sous deux angles différents, ce qui va dans le sens d'une décision insuffisamment claire pour permettre à l'assurée – même représentée par un mandataire professionnel – de la comprendre et de la contester en connaissance de cause. Cela ne peut être interprété que comme une violation du droit d'être entendu de la recourante. 2.3. Cela étant, la Cour de céans possède un plein pouvoir d'examen en fait, en droit et en opportunité. L'on relèvera aussi que, dans ses observations du 3 janvier 2018, l'autorité intimée a précisé ses motifs, sans que la recourante n'intervienne à ce propos. L'on doit en outre constater qu'elle possède un intérêt à obtenir une décision dans cette procédure initiée en 2017, étant relevé qu'elle ne s'est aucunement offusquée de cette motivation insuffisante dans son recours alors qu'elle est représentée par un mandataire professionnel. Partant, la violation du droit d'être entendu doit être considérée comme réparée. 3. 3.1. A teneur de l'art. 8 al. 1 LPGA, applicable par le biais de l'art. 1 al. 1 LAI, 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. 3.2. Les atteintes à la santé psychique – y compris en cas de troubles somatoformes douloureux persistants ou de fibromyalgie – peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA (cf. art. 7 al. 2 2ème phrase LPGA; ATF 141 V 281; 127 V 294; 102 V 165; VSI 2001 p. 223).

Tribunal cantonal TC Page 5 de 15 La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant selon les règles de l'art sur les critères d'un système de classification reconnu (cf. ATF 141 V 281; 130 V 396). En outre, l'analyse doit tenir compte des facteurs excluant la valeur invalidante à ces diagnostics, par exemple si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable qui permettent de conclure à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance. 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, en tenant compte d'un catalogue d'indices qui rassemble les éléments essentiels propres aux troubles de nature psychosomatique (cf. ATF 143 V 409; 141 V 281). 4. 4.1. Dans le droit des assurances sociales, la règle du degré de vraisemblance prépondérante est généralement appliquée. Dans ce domaine, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 353 consid. 5b; 125 V 193 consid. 2 et les références citées; arrêt TF

8C\_704/2007 du 9 avril 2008 consid. 2; ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).

4.2. Pour statuer, l'administration (ou le juge en cas de recours) a besoin d'informations que seul le médecin est à même de lui fournir. La tâche de ce dernier consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est capable ou incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; 114 V 310 consid. 3c). En présence d'avis médicaux contradictoires, le juge doit apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt que sur une autre. Il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 125 V 351 consid. 3a; 122 V 157).

4.3. Lorsque des expertises confiées à des médecins indépendants sont établies par des spécialistes reconnus, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier et que les experts aboutissent à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 122 V 157 consid. 1c et les références). En outre, l'on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou un juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire (arrêt TF 9C\_201/2007 du 29 janvier 2008). Le caractère ponctuel d'une expertise ne saurait lui ôter toute valeur dans la mesure où le rôle d'un expert consiste justement à apporter un regard neutre et autorisé sur un cas particulier. Au

Tribunal cantonal TC Page 6 de 15 demeurant, l'appréciation de l'expert ne repose pas uniquement sur les observations qu'il a directement effectuées mais tient compte de l'intégralité du dossier médical mis à sa disposition, ce qui permet au praticien d'avoir une représentation complète de l'évolution de la situation médicale (arrêt TF 9C\_844/2009 du 29 mars 2010 consid. 4.3). Il y a lieu d'attacher plus de poids à l'opinion motivée d'un expert qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin traitant dès lors que celui-ci, vu la relation de confiance qui l'unit à son patient, est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour lui (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées).

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

5. En l'espèce, ainsi qu'il l'a été relevé (consid. 2.2 ci-avant), les motifs de la décision contestée ne permettent pas à la Cour de déterminer clairement si l'OAI a supprimé la rente par le biais d'une révision (art. 17 LPG), d'une révision procédurale (art. 53 al. 1 LPG), d'une reconsidération (art. 53 al. 2 LPG) ou d'un réexamen (dispositions finales de la modification du 18 mars 2011 de la LAI). Les propos tenus par l'OAI dans ses observations du 3 janvier 2018 vont d'abord dans

le sens d'une reconsidération, l'autorité estimant que l'assurée "n'aurait à l'évidence pas dû bénéficier d'une rente pendant toutes ces années". Cela peut être mis en lien avec les dispositions légales annexées à la décision. 5.1. Selon l'art. 53 al. 2 LPGA, l'assureur peut revenir sur les décisions formellement passées en force lorsqu'elles sont manifestement erronées et que leur rectification revêt une importance notable. Pour juger s'il est admissible de reconsidérer une décision, il faut se fonder sur la situation juridique existant au moment où cette décision a été rendue, compte tenu de la pratique en vigueur à l'époque (ATF 125 V 383 consid. 3; 119 V 475 consid. 1b/cc). 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 (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

Tribunal cantonal TC Page 7 de 15 compte tenu de la situation antérieure de fait et de droit (arrêts TF 9C\_575/2007 du 18 octobre 2007 consid. 2.2; I 907/06 du 7 mai 2007 consid. 3.2.1). L'irrégularité de la décision est manifeste lorsqu'il n'existe aucun doute raisonnable sur le fait que la décision était erronée, la seule conclusion possible étant que tel est le cas; s'il subsiste des doutes raisonnables sur le caractère erroné de la décision initiale, l'exigence de l'erreur manifeste n'est pas réalisée (cf. MOSER-SZELESS, in Commentaire Romand, LPGA, 2018, art. 53 n° 76). 5.2. A l'époque de l'octroi initial, le Dr F.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, médecin du Service médical régional (ci-après: SMR), estimait qu'il existait des "douleurs post zostériennes de la paupière inférieure gauche, accompagnées de céphalées d'origine névralgique", troubles qu'il qualifiait d'"atteinte à la santé invalidante" depuis le 12 mai 2009. Selon lui, les douleurs névralgiques occasionnaient des "exacerbations douloureuses sous l'effet de différents stimuli, y compris un travail intellectuel demandant de la concentration" et pouvaient "aussi engendrer de la fatigabilité et nécessiter du temps de repos supplémentaire" ainsi que "des maux de tête". S'agissant de la problématique de la capacité de travail, il estimait qu'elle était de "50% en incluant une diminution de rendement en raison de pauses supplémentaires fréquentes" dans l'activité antérieure. Dans une activité adaptée, il relevait que "selon le médecin traitant, une [capacité de travail] complète n'existe pas non plus dans un autre type d'activité" mais qu'il subsistait "un doute concernant la question de savoir si, dans une activité légère mais demandant moins de concentration que l'activité de bureau, la capacité serait supérieure". Pour résoudre cette question, il proposait de "voir avec l'assurée si l'obturation de l'œil gauche permet[ait] ou non d'améliorer la résistance dans l'activité professionnelle" et d'avoir "un avis réa concernant ce dossier (envisager une observation professionnelle)" (rapport du 7 octobre 2010, dossier OAI, p. 148). A la même période, le médecin traitant, le Dr G.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, retenait le diagnostic invalidant d'"herpes zoster de la paupière inférieure [gauche]", lequel forçait sa patiente à interrompre les activités utilisant cet œil (lecture, travail sur ordinateur, vision de films, conduite d'un véhicule) au vu des douleurs insupportables. Il fixait la capacité de travail à 50% "pour les pauses nécessaires et le manque de concentration" (rapport du

## E. 17

novembre 2009, dossier OAI, p. 101; cf. ég. p. 64, 65 et 141). En outre, avant d'octroyer une demi-rente, l'autorité intimée avait pris contact avec l'assurée, discuté de sa situation professionnelle – elle était alors employée à 50% – et approfondi certains points relevés par le médecin du SMR (cf. rapport d'entretien téléphonique du 20 octobre 2010, dossier OAI, p. 155). C'est donc en connaissance de cause que l'OAI a écarté la proposition du Dr F.\_\_\_\_\_ de mettre sur pied une observation professionnelle. 5.3. Il existe dès lors une cohérence entre la décision du 5 avril 2011 – qui retient l'existence d'une capacité de travail de 50% dans l'activité habituelle – et les appréciations médicales de la capacité de travail. Outre l'appréciation du SMR qui "précis[ait] que [l']état de santé [n'était] pas encore stabilisé mais que [l']activité habituelle à raison de 50% [pouvait] être raisonnablement exigible" (cf. décision du 5 avril 2011; dossier OAI, p. 162), le médecin traitant attestait également d'une capacité de travail de 50% dans toutes les activités. Si l'on doit admettre que l'octroi de la rente aurait pu se fonder sur une instruction plus approfondie, il n'en est pas moins exagéré de dire aujourd'hui, sept ans plus tard, que l'incidence des problèmes de santé de la recourante sur sa capacité de travail n'aurait pas été suffisamment

Tribunal cantonal TC Page 8 de 15 élucidée à l'époque où la demi-rente avait été allouée. Les fondements de l'appréciation médicale de 2011 ne sont pas assimilables à une irrégularité manifeste. Les conditions de la reconsidération (art. 53 al. 2 LPGA) ne sont dès lors pas remplies, de sorte que l'autorité intimée ne pouvait pas supprimer la rente sur cette base. 6. Il convient ensuite d'examiner la décision litigieuse sous l'angle d'une révision procédurale (art. 53 al. 1 LPGA). 6.1. Selon l'art. 53 al. 1 LPGA, les décisions formellement passées en force sont soumises à révision si l'assuré ou l'assureur découvre subséquemment des faits nouveaux importants ou trouve des nouveaux moyens de preuve qui ne pouvaient être produits auparavant. Sont "nouveaux" au sens de cette disposition, les faits qui se sont produits jusqu'au moment où, dans la procédure principale, des allégations de faits étaient encore recevables, mais qui n'étaient pas connus du requérant malgré toute sa diligence. Les preuves, quant à elles, doivent servir à prouver soit les faits nouveaux importants, qui motivent la révision, soit des faits qui étaient certes connus lors de la procédure précédente, mais qui n'avaient pas pu être prouvés, au détriment du requérant. Ce qui est décisif, c'est que le moyen de preuve ne serve pas à l'appréciation des faits seulement, mais à l'établissement de ces derniers. Ainsi, il ne suffit pas qu'un nouveau rapport médical donne une appréciation différente des faits; il faut bien plutôt des éléments de fait nouveaux, dont il résulte que les bases de la décision entreprise comportaient des défauts objectifs. Pour justifier la révision procédurale d'une décision, il ne suffit pas que le médecin ou l'expert tire ultérieurement, des faits connus au moment du jugement principal, d'autres conclusions que l'administration ou le tribunal. Il n'y a pas non plus motif à révision du seul fait que l'administration ou le tribunal paraît avoir mal interprété des faits connus déjà lors de la procédure principale. L'appréciation inexacte doit être, bien plutôt, la conséquence de l'ignorance ou de l'absence de preuve de faits essentiels pour la décision (ATF 127 V 353 consid. 5b et les références). 6.2. Dans la décision litigieuse, l'autorité intimée se réfère aux conclusions de l'expert qu'elle a mandaté, le Dr E.\_\_\_\_\_, pour supprimer la rente. Etant précisé que l'expertise sera plus détaillée ci-après au consid. 7.2, on relève à ce stade que l'expert pense que la recourante "présente une capacité de travail de 70% d'un plein temps en admettant une perte de rendement de 30% liée aux douleurs", capacité qu'il fait remonter à l'année 2009. S'agissant de ce dernier point, il affirme que le "taux de capacité de travail [de 70%] est valable à partir de l'été 2009 et est resté sans changement significatif depuis

lors" (dossier OAI, p. 398). Cependant, la Cour émet une réserve sur le fait de faire remonter à 2009 des conclusions, en particulier lorsqu'elles ont trait à la capacité de travail. En effet, se fondant essentiellement sur les mêmes documents que l'OAI à l'époque de l'octroi initial, l'expert semble se contenter de procéder à une nouvelle appréciation des faits. Une appréciation d'un état de fait antérieur de plus de huit ans – qui plus est sans examen, à l'époque, de la personne concernée et qui s'écarte des quelques avis médicaux y relatifs – n'apparaît pas convaincante. Au demeurant, l'expert admet que la recourante avait présenté à l'époque une atteinte virale, mais que celle-ci ne permettait plus d'expliquer l'importance "actuelle" des troubles, leur extension et leur répercussion. Son appréciation (actuelle) de la capacité de travail est en outre en partie

Tribunal cantonal TC Page 9 de 15 motivée par la présence de facteurs personnels et professionnels, lesquels pourraient avoir évolué entre 2009 et la date de l'expertise. Dans ces circonstances, l'on ne peut pas exclure que l'expert aurait pu avoir une appréciation différente s'il avait examiné la recourante à l'époque. L'on peut d'autant moins l'exclure que la différence d'appréciation entre les médecins interrogés à l'époque et l'expert n'est que de 20%, soit d'une incapacité passant de 50% à 30%. Enfin, l'on relève que l'expert ne détaille pas les motifs le conduisant à faire remonter cette importante capacité de travail résiduelle autant loin dans le passé, se contentant seulement d'affirmer que le "taux de capacité de travail est valable à partir de l'été 2009 et est resté sans changement significatif depuis lors". Au vu de ce qui précède, aucun fait nouveau ou nouveau moyen de preuve n'a été découvert de sorte que les conditions d'une révision procédurale ne sont pas remplies. L'autorité intimée ne pouvait dès lors pas supprimer la rente sur cette base.

7. Il convient encore d'examiner la problématique sous l'angle de la révision (art. 17 LPGA). Il s'agit de celui abordé par la recourante dans son mémoire de recours.

7.1. Selon l'art. 17 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision. La rente peut ainsi être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain (ou d'exercer ses travaux habituels) ont subi un changement important (ATF 109 V 108 consid. 3b; 107 V 219 consid. 2; 105 V 29 et les références, VSI 1996 p. 188 consid. 2d). Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient lorsque la décision initiale de rente a été rendue avec les circonstances régnant à l'époque du prononcé de la décision litigieuse (ATF 130 V 351 consid. 3.5.2; 125 V 369 consid. 2 et la référence; voir également ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). Le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une révision correspond à la dernière décision qui repose sur un examen matériel du droit à la rente, avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit (ATF 133 V 108 consid. 5.4). Une communication, au sens de l'art. 74ter let. f 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; 9C\_910/2010 du 7 juillet 2011 consid. 3.2 a contrario).

7.2. Dans son rapport du 23 mai 2017, le Dr E. \_\_\_\_\_ fait état du diagnostic invalidant de "douleurs faciales et hémicrâniennes gauches, vraisemblablement en partie au moins en conséquence d'un zona ophtalmique, surchargées actuellement de douleurs sans

substrat somatique clairement objectivable". S'agissant de la problématique de la capacité de travail sur le plan strictement neurologique, il pense que la recourante "présente une capacité de travail de 70% d'un plein temps en admettant une perte de rendement de 30% liée aux douleurs", capacité qu'il fait remonter à l'année 2009 (dossier OAI, p. 398).

Tribunal cantonal TC Page 10 de 15 Ses conclusions sont d'abord fondées sur l'étude du dossier asséurologique dont il résume la plupart des documents dans les premières pages de son rapport, montrant l'évolution des troubles tels qu'attestés par les autres intervenants. Certes, comme le soutient la recourante, l'on constate des imprécisions, par exemple, dans la description de sa situation personnelle, les lieux de son enfance, l'identité de l'ancien employeur ou l'étendue exacte de ses relations sociales et familiales. Cependant, bien que regrettables, ces imprécisions ne semblent pas avoir influencé le raisonnement de l'expert. Elles ne mettent dès lors pas en cause l'appréciation globale d'un neurologue mandaté pour examiner l'impact sur la capacité de travail d'une atteinte à la santé. L'expert s'est également entretenu avec la recourante le 9 mai 2017. A cette occasion, cette dernière a pu exposer les troubles qui la touchent – en particulier les douleurs qu'ils causent au niveau de la région occipitale – ainsi que leurs conséquences sur sa capacité de se concentrer, de travailler sans pauses, d'utiliser l'ordinateur ou de supporter le stress et le bruit. Lors de cet entretien, l'expert a, pour sa part, procédé à des examens complets de la recourante, portant tant sur les zones douloureuses alléguées qu'une vision d'ensemble de la situation. Il a en outre procédé à un examen électrophysiologique (EEG, EMG, Dopplersonographie, Potentiels évoqués), dont il qualifie les résultats de "norma[ux] mais de bas voltage et surchargé de nombreux artefacts musculaires comme on peut le rencontrer chez les sujets tendus et anxieux". La recourante reproche à l'expert de ne pas avoir envisagé d'autres causes permettant d'expliquer le bas voltage et les nombreux artefacts, qu'elle explique, pour sa part, par les douleurs qu'elle ressentait. Cette assertion n'est cependant nullement étayée par des documents médicaux, étant relevé que l'expert a procédé à une motivation plus étendue de ses conclusions dans un document séparé (cf. dossier OAI, p. 424). Enfin, l'appréciation et les conclusions de l'expert apparaissent clairement et suffisamment motivées. En effet, au terme de son bilan, l'expert indique que la recourante "ne [l']a pas convaincu quant à la nature neurologique effective de ses plaintes". Il relève que "la symptomatologie est apparue dans un contexte personnel (séparation puis divorce) et professionnel (licenciement difficile) expliquant au moins en grande partie l'importance et l'extension des douleurs ainsi que leur conséquence apparente sur la vie personnelle et professionnelle". Lorsqu'il traite la question de la capacité de travail, l'expert estime qu'"il convient clairement, également dans l'idée d'un syndrome somatoforme douloureux, d'obtenir l'avis d'un psychiatre afin de respecter la jurisprudence actuelle et de déterminer la capacité de travail sur un plan psychiatrique [...]. S'il existe potentiellement une incapacité de travail plus importante, cette dernière n'est pas en relation avec les facteurs purement neurologiques mais avec le contexte global et doit être, comme précité, appréciée par un psychiatre". Il conseille, dans ce sens, de "faire pratiquer une expertise psychiatrique visant à préciser de façon détaillée la personnalité de l'assurée et ses conséquences sur la capacité de travail". L'existence d'"éventuels éléments psychiatriques et socio- professionnels" motive donc l'expert à restreindre son examen et ses conclusions aux "seules conséquences de l'atteinte neurologique". A ce stade, la Cour relève que, contrairement à ce que semble penser la recourante, le constat de facteurs extra-médicaux n'est ni réservé au seul expert-psychiatre – des facteurs psychosociaux et socioculturels pouvant autant imprégner la situation d'une assurée se plaignant de troubles somatiques que celle d'une assurée souffrant de troubles

psychiques – ni n'est le signe d'une prévention de l'expert à son égard. La prépondérance de ces facteurs sur l'incapacité de travail exclut le cas d'assurance, dans la mesure où dite incapacité n'est essentiellement pas en lien avec une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique (cf. art. 7 et 8 LPGA). C'est ce qui justifie

Tribunal cantonal TC Page 11 de 15 que l'appréciation de la capacité de travail par l'expert soit expurgée de l'influence des facteurs qui ne sont pas à la charge de l'assurance. C'est donc avec cette réserve que l'expert relève que "si la description des douleurs apparues dans les suites de l'affection de mai 2009 est effectivement partiellement compatible avec des douleurs post-zostériennes, la diffusion ultérieure des troubles ne correspond clairement pas à des douleurs post-zostériennes étant donné l'extension à tout l'hémiface gauche et à l'hémicrâne gauche des douleurs, même si le caractère des algies reste compatible avec des douleurs post-zostériennes (paresthésies, brûlures, décharges électriques)". Il privilégie donc l'hypothèse que la recourante a "présenté un zona ophtalmique gauche sans les lésions cutanées classiques ou une atteinte herpétique, qu'une partie des douleurs apparues dans les suites de l'événement du 2009 peut être en relation avec le zona/l'herpès mais que l'importance actuelle des troubles, leur extension à tout l'hémiface et l'hémicrâne gauches et leur répercussion sur l'activité personnelle et professionnelle de [la recourante] ne trouvent pas d'explication somatique claire dans les suites de l'événement de 2009". C'est ce qui le conduit à retenir que "d'un point de vue strictement neurologique, [elle] présente actuellement une capacité de travail médico-théorique correspondant à un plein temps, avec une perte de rendement de 30% en raison de l'importance des douleurs qu'elle qu'en soit la nature exacte". Il ressort de l'ensemble de ce qui précède (cf. ég. consid. 6.2 ci-avant) que le rapport d'expertise du Dr E.\_\_\_\_\_ est complet, compréhensible et concluant s'agissant de l'évaluation de la problématique neurologique actuelle. 7.3. Le médecin traitant de la recourante, le Dr G.\_\_\_\_\_, admet au demeurant que "l'appréciation neurologique [du Dr E.\_\_\_\_\_ lui] paraît tout à fait correcte" (courrier du

## **E. 22**

novembre 2016, dossier OAI, p. 331 et 351; cf. ég. 383, 476 et 478). S'il n'estime pas la capacité de travail de la recourante, le Dr H.\_\_\_\_\_, spécialiste en anesthésiologie, rejoint dans les grandes lignes l'avis du généraliste traitant. Il indique ainsi que "l'état de santé de [sa] patiente ne s'est pas amélioré et, depuis 2015, il s'est passablement péjoré" (rapport du 29 juin 2017, dossier OAI, p. 489). L'on ne saurait, cependant, ignorer que les deux médecins ne sont pas spécialistes en neurologie. Or, leur appréciation est non seulement contredite par les conclusions du Dr E.\_\_\_\_\_, mais

Tribunal cantonal TC Page 12 de 15 également par les médecins de I.\_\_\_\_\_. Le Dr J.\_\_\_\_\_, spécialiste en infectiologie, relève ainsi que "klinisch präsentiert[,] steh [l'assurée] in leicht reduziertem Allgemeinzustand. Es besteht eine ausgeprägte Allodynie im Bereich V1/V2 links, etwas weniger V3 links. Dysästhesie und Allodynie bestehen auch in den Dermatomen C2-C4 linksseitig. Die restliche neurologische Untersuchung ist unauffällig" (cf. rapport du 27 juillet 2017, dossier OAI, p. 505). Pour sa part, le Dr K.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, souligne que, "aus neurologischer Sicht[,] sind [die] unkontrollierten Schmerzen bei postherpetischer Neuralgie mit einer Einschränkung der Arbeitsfähigkeit verbunden. Dies kann von Arbeitsunfähigkeit bis geringer Einschränkung reichen. Das Ausmass dieser Einschränkung ist abhängig von dem Schweregrad der Schmerzen" (cf. rapport du 22 décembre 2017 annexé aux contre-observations). On constate ainsi que ces deux médecins ne se prononcent que de manière générale sur les

troubles. Pour autant, ils n'invalident pas les conclusions des experts, soit que les troubles neurologiques ne pourraient provoquer que des limitations mineures ("geringe Einschränkung"). En outre, les explications des deux médecins traitants semblent, de manière non négligeable, influencées par les dires de leur patiente commune alors même que l'expert relève – de manière convaincante – l'existence de facteurs extra-médicaux pouvant expliquer, à tout le moins partiellement, l'incapacité de travail partielle. Par exemple, le Dr H. \_\_\_\_\_ met la récente péjoration de l'état de santé de sa patiente en lien avec l'expertise neurologique, à la suite de laquelle l'OAI "a décidé de supprimer [la] rente", ce qui "a provoqué une augmentation des douleurs et nécessité une correction antalgique plus importante" (rapport du 29 juin 2017, dossier OAI, p. 489). Enfin, l'on ne peut pas ignorer que le médecin traitant peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour sa patiente, vu la relation de confiance qui unit médecin et patient (cf. ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées). C'est ce dont témoigne la traduction faite par le Dr G. \_\_\_\_\_ d'un rapport du 22 décembre 2017, laquelle ignore, voire réinterprète, certains passages qui ne vont pas dans le sens des déclarations de sa patiente. L'on pense notamment au passage "dies kann von Arbeitsunfähigkeit bis geringer Einschränkung reichen" qui ne figure pas dans la traduction. Il s'agit d'un motif justifiant d'attacher plus de poids à l'opinion du Dr E. \_\_\_\_\_ qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par les médecins traitants. 7.4. Enfin, le Dr E. \_\_\_\_\_ évoque l'hypothèse d'une "forme de syndrome somatoforme douloureux, avec un substrat somatique partiel uniquement", soit de troubles d'ordre psychique. En tant que telle, l'évocation du syndrome douloureux somatoforme ne dit rien encore quant à la capacité de travail de l'assurée (cf. ATF 130 V 396 consid. 6.2.3). Il est nécessaire de déterminer si la capacité de gain de la recourante est actuellement influencée par des troubles de cet ordre en se fondant sur les pièces au dossier. Interrogé, le Dr L. \_\_\_\_\_, spécialiste en anesthésiologie, du SMR, estime que, "en l'absence de toute plainte du registre psychique, de toute mention au dossier d'un quelconque problème d'ordre psychiatrique, de tout traitement psychotrope et de toute prise en charge psychiatrique, une affection psychiatrique avec répercussion durable sur la capacité de travail n'est pas plausible" (rapport du 29 mai 2017, dossier OAI, p. 426). Ce raisonnement peut ici être confirmé, étant au demeurant souligné que, bien qu'elle exige la mise sur pied d'une expertise psychiatrique, l'assurée n'allègue pourtant pas souffrir de tels

Tribunal cantonal TC Page 13 de 15 troubles dans son recours ni d'être suivi sur ce plan. Ses médecins, pour leur part, n'évoquent jamais la présence d'un trouble, qui plus est invalidant, dans ce registre. Au demeurant, s'il devait être procédé à une évaluation sommaire de la capacité de la recourante sur le plan psychique, l'on ne saurait ignorer que des facteurs excluant la valeur invalidante des troubles (ATF 141 V 281 consid. 2.2, 2.2.1 et 2.2.2) sont évoqués par le Dr E. \_\_\_\_\_, tels qu'une mauvaise situation économique, un contexte personnel et professionnel compliqué, ainsi qu'un problème de chômage et de difficultés de réinsertion professionnelle. Dans ces circonstances, il n'existe a priori aucune base pour reconnaître une diminution de gain liée à des motifs psychiques. 7.5. Il ressort de l'ensemble de ce qui précède que, selon une nouvelle évaluation, plus précise et spécialisée, la capacité de gain de la recourante s'est améliorée depuis l'octroi initial de la demi- rente. C'est dès lors à juste titre que l'autorité intimée a procédé à une nouvelle évaluation du degré d'invalidité. Dans la mesure où l'ancienne activité est compatible avec les limitations fonctionnelles de la recourante et que la perte d'emploi était liée à des raisons économiques, l'étendue de la perte de gain résultant de l'incapacité de travail devrait correspondre au pourcentage du salaire qu'elle aurait touché si elle était demeurée en bonne santé. Il est dès

lors possible, de procéder à une comparaison en pourcent pour évaluer la perte de gain et, partant, l'invalidité de la recourante. Selon les conclusions du Dr E. \_\_\_\_\_, tant dans l'ancienne activité que dans une autre activité adaptée, la capacité de travail de la recourante est de 70% (plein temps et une perte de rendement dans ce cadre de 30%). Cette incapacité de travail de 30% peut être retenue comme son degré d'invalidité. Le degré d'invalidité étant inférieur à 40%, c'est dès lors à juste titre qu'il a été procédé à la suppression de la rente d'invalidité. S'avérant au final intégralement mal fondé, le recours doit donc être rejeté et la décision querellée confirmée. 8. La recourante a sollicité l'octroi de l'assistance judiciaire totale (608 2017 264) dans la procédure de recours contre la décision du 6 octobre 2017.

8.1. En vertu de l'art. 29 al. 3 Cst., toute personne qui ne dispose pas de ressources suffisantes a le droit, à moins que sa cause paraisse dépourvue de toute chance de succès, à l'assistance judiciaire gratuite, ainsi qu'à l'assistance gratuite d'un défenseur, dans la mesure où la sauvegarde de ses droits le requiert. Sur le plan cantonal, selon l'art. 142 al. 1 du code du 23 mai 1991 de procédure et de juridiction administrative (CPJA; RSF 150.1), a droit à l'assistance judiciaire la partie qui ne dispose pas de ressources suffisantes pour supporter les frais d'une procédure sans s'exposer à la privation des choses nécessaires à son existence et à celle de sa famille (al. 1). L'assistance n'est pas accordée lorsque la procédure paraît d'emblée vouée à l'échec pour un plaideur raisonnable (al. 2). D'après l'art. 143 al. 2 CPJA, l'assistance judiciaire comprend notamment, si la difficulté de l'affaire la rend nécessaire, la désignation d'un défenseur, choisi parmi les personnes habilitées à représenter les parties.

Tribunal cantonal TC Page 14 de 15 8.2. S'agissant de la première condition, il ressort de la requête d'assistance judiciaire qu'avec la suppression de sa demi-rente, la recourante s'est vu priver d'une part importante de ses revenus dès le 1er décembre 2017. Elle ne perçoit désormais plus qu'un revenu tiré de l'exercice d'une activité lucrative auprès de la société M. \_\_\_\_\_ Sàrl de CHF 900.- ainsi qu'un montant de CHF 790.- au titre d'indemnités journalières perte de gain (cf. bordereau requête AJT, pièces 8 à 10), ce qui correspond à un revenu de CHF 1'690.-. Etant rappelé que la recourante vit en concubinage (cf. arrêt TF 8C\_1008/2012 du 24 mai 2013 consid. 3.3.), ce revenu est déjà dépassé par le minimum vital élargi de la recourante (CHF 1'700.-/2 augmenté de 25%), ajouté de ses primes mensuelles d'assurance-maladie (CHF 241.30) et de ses frais de logement (intérêts trimestriels de CHF 1'531.25, étant rappelé que l'amortissement constitue une forme d'épargne et n'entre en principe pas en considération pour l'octroi de l'assistance judiciaire, cf. arrêt TF U 580/06 du 30 novembre 2007 consid. 6.1). La condition de l'indigence est dès lors remplie. S'agissant de la seconde condition des chances de succès, il ressort de l'ensemble de ce qui précède que les griefs soulevés par la recourante n'étaient pas dénués de chances de succès. Enfin, l'assistance d'un avocat pour la procédure de recours devant la Cour de céans apparaissait ici justifiée. Il convient dès lors de mettre la recourante au bénéfice de l'assistance judiciaire gratuite dans le cadre de la procédure de recours contre la décision du 6 octobre 2017 et de lui désigner comme défenseur d'office le mandataire choisi. 8.3. Le 13 novembre 2018, ce dernier a transmis sa liste de frais d'un montant de CHF 2'370.-, dont CHF 201.35 au titre de la TVA (8%), pour les opérations jusqu'au 31 décembre 2017 et de CHF 1'782.65, dont CHF 140.45 au titre de la TVA (7.7%), pour les opérations postérieures. Cependant, la liste de frais produite n'apparaît pas conforme aux exigences du tarif cantonal du 17 décembre 1991 des frais de procédure et des indemnités en matière de juridiction administrative (Tarif JA, RSF 150.12) car elle se fonde sur un tarif horaire de CHF 280.- au lieu de CHF 180.- pour la période postérieure au 1er janvier 2018. La liste de frais est corrigée dans ce sens. Partant, l'indemnité du défenseur désigné est fixée

à un montant total de CHF 3'981.90, à savoir, s'agissant des opérations antérieures au 31 décembre 2017, à CHF 2'370.- au titre d'honoraires (13.17 heures à CHF 180.-), CHF 136.60 au titre de débours et CHF 200.55 au titre de la TVA (8.0%), ainsi que, pour les opérations postérieures au 1er janvier 2018, à CHF 1'146.- au titre d'honoraires (6.37 heures à CHF 180.-), CHF 37.60 au titre de débours et CHF 91.15 au titre de la TVA (7.7%). Ce montant est mis à la charge de l'Etat de Fribourg, sous réserve d'un retour ultérieur à meilleure fortune au sens de l'art. 145b al. 3 CPJA. Au vu de l'issue du litige, des frais de justice, fixés à CHF 800.-, sont mis à la charge de la recourante mais ne sont toutefois pas perçus dès lors que l'assistance judiciaire gratuite totale lui a été accordée.

Tribunal cantonal TC Page 15 de 15 la Cour arrête : I. Le recours (608 2017 263) est rejeté. II. La requête (608 2017 264) d'assistance judiciaire gratuite totale est admise et Me Pierre Mauron, avocat, désigné en qualité de défenseur d'office. III. Il est alloué à Me Pierre Mauron en sa qualité de défenseur d'office une indemnité de CHF 3'981.90, dont CHF 291.70 au titre de la TVA (8% et 7.7%), intégralement mis à la charge de l'Etat de Fribourg. IV. Des frais de justice, fixés à CHF 800.-, sont mis à la charge de la recourante; ils ne sont pas prélevés en raison de l'assistance judiciaire octroyée. V. 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 10 décembre 2018/pte Le Président : Le Greffier-rapporteur :

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