

# FR\_GERICHTE 608 2020 125 vom 26. Januar 2021

FR Kantonsgericht, 2021-01-26, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr\\_gerichte\\_608\\_2020\\_125](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_608_2020_125)

FR: FR\_GERICHTE 608 2020 125 du 26 janvier 2021

IT: FR\_GERICHTE 608 2020 125 del 26 gennaio 2021

## Regeste

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

## Erwägungen

### E. 29

juin 2020. Il conclut, principalement, au maintien de la rente entière d'invalidité versée jusqu'alors et, subsidiairement, au renvoi du dossier à l'autorité intimée pour instruction complémentaire. Il requiert également la restitution de l'effet suspensif (608 2020 126), ainsi que le bénéfice de l'assistance judiciaire gratuite totale (608 2020 127). A l'appui de ses conclusions, il invoque tout d'abord une violation de son droit d'être entendu, en reprochant à l'OAI de ne pas lui avoir transmis le rapport que le Dr D. \_\_\_\_\_ lui avait adressé à la fin mars 2020. Par un deuxième argument, il remet en cause l'existence d'un motif de révision, en invoquant notamment l'absence de modification notable de son état de santé postérieurement à la décision d'octroi de rente. Il conteste ensuite la valeur probante des conclusions des experts E. \_\_\_\_\_ et G. \_\_\_\_\_, considérant que ces derniers n'expliquent pas comment ses douleurs ont pu disparaître, de sorte que les avis de ses médecins traitants doivent leur être préférés. Il reproche en outre à l'expert en orthopédie de ne pas s'être déterminé sur l'évolution de la situation entre le moment de son examen (en mai 2018) et celui où le rapport a été rendu (en février 2019). Enfin, il invoque que les conclusions de cet expert ne sont plus d'actualité, au vu des deux opérations intervenues au début 2020 et du rapport établi par le Dr D. \_\_\_\_\_ à cet égard. Dans ce contexte, il allègue une violation du principe inquisitoire, estimant que l'autorité intimée aurait dû ordonner de nouvelles investigations à réception du rapport précité. Par observations du 9 juillet 2020, l'autorité intimée a renvoyé à sa décision et a conclu au rejet du recours. La requête de restitution de l'effet suspensif déposée par le recourant a été rejetée par décision du 22 juillet 2020. Aucun autre échange d'écritures n'a été ordonné entre les parties. en droit 1. Déposé en temps utile et dans les formes légales par un assuré directement touché par la décision attaquée et dûment représenté, le recours est recevable. 2. Par un premier grief, le recourant invoque une violation de son droit d'être entendu, en reprochant à l'autorité intimée de ne pas l'avoir informé de la présence au dossier d'un rapport établi par son neurochirurgien traitant peu avant que la décision litigieuse ne fut rendue.

Tribunal cantonal TC Page 4 de 15 2.1. Le droit d'être entendu est une garantie constitutionnelle de caractère formel, dont la violation doit entraîner l'annulation de la décision attaquée, indépendamment des chances de succès du recourant sur le fond (ATF 127 V 437 consid. 3d/aa; 126 V 132 consid. 2b et les arrêts cités). La jurisprudence a déduit du droit d'être entendu, en particulier, le droit pour le justiciable de s'expliquer avant qu'une décision ne soit prise à son détriment, celui de fournir des preuves quant aux faits de nature à influencer sur le sort de la décision, celui d'avoir accès au dossier, celui de participer à

l'administration des preuves, d'en prendre connaissance et de se déterminer à leur propos (arrêt TAF U 22/03 du 10 juillet 2003 consid. 3.3). Une condition nécessaire du droit de consulter le dossier est que l'autorité, lorsqu'elle verse au dossier de nouvelles pièces dont elle entend se prévaloir dans son jugement, soit tenue d'en aviser les parties. Encore qu'elle ne soit pas obligée de les renseigner sur chaque production de pièces, car il suffit qu'elle tienne le dossier à leur disposition (arrêt TAF I 250/02 du 25 octobre 2002 consid. 3.3). 2.2. A la lecture du dossier, il appert que l'assuré n'a pas été informé de l'existence du rapport établi par le Dr D. \_\_\_\_\_ à la fin mars 2020 et réceptionné au début avril par l'OAI. La décision litigieuse, rendue le 28 mai suivant, a considéré en substance que ce document ne remettait pas en question les conclusions des experts. Appelée à statuer, la Cour de céans relève que si, dans l'absolu, l'OAI aurait effectivement dû transmettre cette pièce, il n'en découle néanmoins qu'une violation très légère du droit d'être entendu de l'assuré. Le document en question émane en effet du neurochirurgien traitant de l'assuré, de sorte que l'on peut présumer que ce dernier était au courant de cette démarche et de son contenu. D'ailleurs, il ne s'agit que d'une brève prise de position, dans laquelle le spécialiste confirme en substance sa position antérieure. Dans la mesure où, dans l'intervalle, le recourant a pu faire valoir ses moyens dans le cadre de la procédure de recours devant la Cour de céans, qui dispose d'un plein pouvoir de cognition en fait, en droit et en opportunité et applique la maxime d'office, le vice peut être considéré comme réparé. 3. 3.1. Aux termes de l'art. 8 de la loi du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1), applicable par le renvoi 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. D'après l'art. 4 al. 1 LAI, l'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. D'après l'art. 28 LAI, l'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation (let. a), s'il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) et si, au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (al. 1). La rente est échelonnée selon le taux d'invalidité (al. 2). D'après l'art. 16 LPGA, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu du travail que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré.

Tribunal cantonal TC Page 5 de 15 Il découle de la notion d'invalidité que ce n'est pas l'atteinte à la santé en soi qui est assurée; ce sont bien 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). Le taux d'invalidité étant une notion juridique fondée sur des éléments d'ordre essentiellement économique, et pas une notion médicale, il ne se confond donc pas forcément avec le taux de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 122 V 418). Toutefois, 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 105 V 158; 114 V 314; RCC 1982, p. 36). 3.2. 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 maladif, 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; cf. aussi ATF 127 V 294 consid. 4c in fine). La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique, de troubles somatoformes douloureux persistants ou de fibromyalgie, suppose également, sous la nouvelle jurisprudence, la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant selon les règles de l'art sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 141 V 281 consid. 2.1 et 2.1.1; 130 V 396 consid. 5.3 et 6). Les facteurs psychosociaux et socioculturels ne constituent pour elles seules 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 précité consid. 3.4.2.1). 3.3. Selon l'art. 17 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée.

Tribunal cantonal TC Page 6 de 15 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, respectivement lorsqu'elle a été revue, 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 p. 7; 9C\_910/2010 du 7 juillet 2011 consid. 3.2 a contrario). 3.4. 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; RAMA 1996 n° 256 p. 217 et les références). La durée de l'expertise n'est en soi pas un critère déterminant pour juger de la valeur probante de l'expertise (arrêt TF 9C\_170/2009 du 6 mai 2009 consid. 2.2 et les références citées). 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; RCC 1988, p. 504 consid. 2). Cette réserve s'applique également aux rapports médicaux que l'intéressé sollicite de médecins non traitants spécialement mandatés pour étayer un dossier médical. Toutefois le simple fait qu'un certificat médical est établi à la demande d'une partie et est produit pendant la procédure ne justifie pas en soi des doutes quant à sa valeur probante (ATF 125 V 353 consid. 3b/dd et les références citées). Enfin, selon la jurisprudence du Tribunal fédéral (arrêt TF 9C\_201/2007 du 29 janvier 2008), l'on ne saurait

Tribunal cantonal TC Page 7 de 15 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. 4. En l'espèce, le litige porte sur l'évaluation du degré d'invalidité de l'assuré, singulièrement sur l'évolution de sa capacité de travail. Il s'agit dès lors de comparer son état de santé au moment de la dernière décision ayant matériellement examiné son droit à la rente, avec son état de santé au moment de la décision querellée, ce qui relève d'une appréciation médicale de sa situation. 4.1. Situation jusqu'au moment de la décision initiale d'octroi de rente du 19 octobre 2017: Dans un rapport du 15 novembre 2013 (dossier AI p. 107), le Dr H.\_\_\_\_\_ et le Dr I.\_\_\_\_\_, œuvrant tous deux au sein du service de chirurgie du rachis de J.\_\_\_\_\_, rappellent que l'assuré s'est soumis à une intervention (spondylodèse) environ six mois plus tôt, suite à la mise en évidence d'une hernie discale L5-S1 à gauche. L'évolution est décrite comme moyennement favorable, avec la disparition des douleurs à la jambe gauche, mais la persistance de douleurs lombaires. Compte tenu de ce qui précède, une reprise à temps partiel (50%) dans une activité légère est envisageable, mais les médecins préconisent d'attendre une année post-opératoire pour statuer définitivement. Le 28 novembre 2013 (dossier AI p. 116), le Dr K.\_\_\_\_\_, généraliste traitant, va dans le même sens: se référant à l'avis spécialisé rappelé ci-avant, il décrit une évolution lentement favorable, avec

des douleurs persistantes. Le pronostic est mauvais dans les activités lourdes, mais "probablement bon" dans celles légères à moyennes. Le 23 avril 2015 (dossier AI p. 168), le Dr L. \_\_\_\_\_, alors psychiatre traitant, retient les diagnostics d'épisode dépressif moyen (F32.1) et de trouble de l'adaptation (F43.2), présents depuis 2014. En l'absence d'évolution depuis le début du traitement et compte tenu du fait que la maladie psychique est fortement liée au contexte (maladie physique, incapacité de travail, solitude), le pronostic est défavorable à court terme. Une amélioration est toutefois envisageable dès stabilisation de sa santé physique. Le trouble psychique étant secondaire à l'atteinte somatique, aucune incapacité de travail n'a été attestée. Il ressort du rapport établi le 13 juillet suivant par le Dr H. \_\_\_\_\_ (dossier AI p. 186) que, suite à l'ablation du matériel de spondylodèse au début juillet, l'assuré a été réadmis le 13 juillet suivant en raison d'une infection (névrome cicatriciel). "Les suites postopératoires sont simples avec une amélioration clinique et laboratoire". Le 24 novembre suivant (dossier AI p. 197), ce même Dr H. \_\_\_\_\_ évoque un état de santé stationnaire, sans changement de diagnostic. La capacité de travail dans l'activité de ferrailleur est nulle depuis le 12 janvier 2015, puis de 50% dans une activité légère adaptée, à partir du 14 septembre 2015. Le 21 décembre 2015 (dossier AI p. 208), le médecin SMR constate ce qui suit: "Ce jeune assuré est en arrêt de travail attesté depuis le 18.10.2012 pour des lombalgies chroniques. Il a été opéré une première fois d'une spondylodèse L5-S1 en avril 2013. Du point de vue médico-théorique, on compte habituellement une incapacité de travail d'au moins six mois après une spondylodèse. Compte tenu de l'évolution lente, le chirurgien a estimé la reprise à 100% dans une activité

Tribunal cantonal TC Page 8 de 15 adaptée possible après 10 mois, ce qui est médicalement plausible dans le cas présent. La capacité de travail médicalement exigible était donc de 100% dans une activité adaptée entre le 01.02.2014 et le 03.07.2015. L'évolution clinique après l'intervention de juillet 2015 n'est pas décrite. On ne comprend donc pas pour quelles raisons médicales la capacité de travail n'est que de 50% dans une activité adaptée 5 mois après cette intervention mineure. Sur le plan psychiatrique, les diagnostics attestés sont contradictoires. Un trouble de l'adaptation se caractérise, par définition, par des symptômes dont aucun n'est suffisamment grave ou marqué pour justifier un diagnostic plus spécifique (CIM-10: F43.2). Ce diagnostic n'est donc pas compatible avec un épisode dépressif. Quoiqu'il en soit, aucune incapacité de travail n'est attestée par le psychiatre traitant. Sans information médicale plus précise sur l'évolution clinique objective depuis juillet 2015 et les limitations fonctionnelles résiduelles, il n'est pas possible de se prononcer sur l'exigibilité médicale actuelle". Il requiert donc que des précisions soient fournies par le chirurgien traitant. Dans son rapport du 15 janvier 2016 (dossier AI p. 212), le Dr H. \_\_\_\_\_ retient désormais un diagnostic de douleurs neuropathiques et suspecte un syndrome sacro-iliaque gauche. Il indique que le patient rapporte la persistance de lombo-sciatalgies à gauche depuis l'intervention de juillet 2015. Il atteste une capacité de travail de 50% "dans le cadre d'une reconversion professionnelle". Ce rapport conduira le médecin SMR à recommander d'attendre que la situation médicale se stabilise (dossier AI p. 217): "l'exigibilité médicale dans une activité adaptée sera établie après stabilisation de la situation et à l'issue des mesures de réadaptation". Dans un rapport du 7 novembre 2016 (dossier AI p. 334), le Dr D. \_\_\_\_\_, auquel l'assuré s'est adressé pour obtenir un autre avis, considère que celui-ci est en incapacité totale de travail et risque de devoir être réopéré. Le 29 novembre suivant (dossier AI p. 344), le médecin SMR retient que l'assuré présente un "failed back surgery syndrom". Il constate que l'assuré est en arrêt de travail depuis février 2012 et que les mesures de réinsertion ont échoué malgré une motivation et

une implication optimales. Se fondant sur l'avis du Dr D. \_\_\_\_\_, il estime que l'incapacité de travail totale dans toute activité est alors médicalement justifiée et que la poursuite de la mesure de réadaptation n'est pas médicalement exigible. Dès lors que l'état de santé n'est pas stabilisé, que le pronostic est réservé et qu'une réintervention chirurgicale ne peut garantir une amélioration, il considère qu'"il est possible de statuer sur le droit aux prestations en l'état", tout en proposant une révision à 6 mois postopératoires si une nouvelle intervention devait effectivement avoir lieu. Suite à ce rapport, l'OAI a fixé le degré d'invalidité à 100% et reconnu à l'assuré le droit à une rente entière d'invalidité à partir du 1er mars 2014, par décision du 19 octobre 2017. 4.2. L'évolution jusqu'au moment de la décision litigieuse est la suivante: Dans un rapport du 14 novembre 2017 (dossier AI p. 405), le Dr M. \_\_\_\_\_, psychiatre traitant, pose les diagnostics suivants: épisode dépressif moyen avec syndrome somatique depuis 2015 (F32.11) et trouble de la personnalité sans précision, aux traits paranoïaques (F60.9). Il relève que l'assuré présente des difficultés en lien avec une symptomatologie douloureuse lombaire débutée en 2011, qui s'est aggravée progressivement malgré plusieurs interventions chirurgicales. Des symptômes dépressifs, apparus en 2015, se réactiveront lorsque les mesures d'entraînement de l'AI ont été interrompues. Le psychiatre met avant tout l'accent sur le fait que la symptomatologie

Tribunal cantonal TC Page 9 de 15 psychique découle directement des problèmes physiques: "L'amélioration sur le plan psychique est en grande partie dépendante d'une amélioration sur le plan physique. Les diverses thérapies entamées pour soulager les douleurs n'ont pas permis une amélioration significative de la symptomatologie douloureuse". Il considère de ce fait que "l'état psychique est directement influencé par les douleurs chroniques et les difficultés sociales qu[i en] découlent". Le 22 novembre 2017 (dossier AI p. 413), le Dr D. \_\_\_\_\_ remet ses derniers rapports, en indiquant que l'assuré présente des douleurs neuropathiques après une reprise de spondylodèse L5-S1 pour pseudarthrose. Il ne pense pas que son état de santé se soit aggravé. Le 23 novembre suivant (dossier AI p. 408), le Dr K. \_\_\_\_\_, généraliste traitant, indique que l'état de santé de son patient s'est aggravé depuis 2015. Il retient les diagnostics suivants: reprise de spondylodèse L5-S1 le 15 mai 2017 pour pseudarthrose, douleurs neuropathiques du membre inférieur gauche et état dépressif réactionnel. Il relève que l'intervention de mai 2017 n'a pas apporté d'amélioration. Il n'en atteste pas moins d'une capacité de travail dans une activité épargnant au maximum le rachis lombaire, sans toutefois pouvoir se prononcer quant au taux d'activité. Ces rapports amèneront le médecin SMR à considérer la situation comme stabilisée et à préconiser la mise sur pied d'une expertise orthopédique, afin de fixer la capacité de travail médicalement exigible (dossier AI p. 442). Dans son rapport du 7 février 2019, le Dr E. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, rappelle tout d'abord le contexte entourant la mise sur pied de l'expertise et présente une synthèse du dossier médical. Il rapporte ensuite les plaintes de l'assuré, essentiellement centrées sur les douleurs au dos et aux jambes, et retrace l'anamnèse personnelle et médicale de celui-ci. Il procède à un examen clinique complet, au terme duquel il retient principalement le diagnostic de status post-spondylodèse L5-S1 pour lombalgies chroniques sur discopathie L5-S1, ainsi que ses suites (excision d'un névrome cicatriciel lombaire; pseudarthrose L5-S1; douleurs neuropathiques). Cet examen "n'a mis en évidence aucune anomalie de l'appareil locomoteur, notamment du rachis lombaire". L'expert constate que l'assuré a bénéficié d'une prise en charge optimale de sa pathologie, qu'il dispose de ressources mobilisables. En définitive, il considère que la capacité de travail

est nulle dans l'ancienne activité d'aide-menuisier. En revanche, dans une activité respectant certaines limitations fonctionnelles (en bref, limitation du port de charges et de certaines positions), dite capacité de travail demeure entière et ce, dès 6 mois après la dernière intervention chirurgicale. Se basant sur le résultat de cette expertise, l'OAI a établi un projet de décision (dossier AI p. 496), dans lequel il prévoyait de supprimer la rente de l'assuré. Il a par ailleurs transmis un exemplaire de dite expertise au Dr D. \_\_\_\_\_, sur demande de l'assuré (dossier AI p. 501). Dans un rapport du 2 avril 2019, le Dr M. \_\_\_\_\_ témoigne sa surprise face au projet de décision de l'OAI, en relevant que les douleurs exprimées par le patient sont de nature envahissante et compliquent l'accomplissement de toute activité, de travail et de loisir; cette situation fortement frustrante a une incidence sur le moral et l'estime de soi. Il en découle une symptomatologie dépressive importante, constatée lors des entretiens. Relevant ne pas douter de la véracité des plaintes de son patient, il ajoute que la situation sociale et financière aggrave son état psychique ce qui complique le processus de rétablissement.

Tribunal cantonal TC Page 10 de 15 Le 9 mai 2019 (dossier AI p. 538), la Dre F. \_\_\_\_\_, antalgiste traitante, évoque des douleurs neuropathiques, des douleurs lombaires plutôt mécaniques ainsi qu'une réponse insuffisante au traitement médicamenteux. Le pronostic est de ce fait réservé et une reprise d'activité ne lui semble pas envisageable. Le 4 juin suivant (dossier AI p. 550), le Dr M. \_\_\_\_\_ reprend, sur la formule officielle, les principaux éléments déjà évoqués dans son précédent rapport: le pronostic est mauvais, s'agissant d'une problématique principalement somatique qui n'a pas répondu aux divers traitements, à laquelle s'ajoute une problématique psychiatrique qui diminue davantage la capacité de travail et rend difficile le processus de réinsertion. Les limitations fonctionnelles suivantes sont mentionnées: troubles de la concentration et de la mémoire, difficultés dans la gestion du stress, difficultés dans l'organisation des tâches. En date du 4 septembre 2019 (dossier AI p. 557), le médecin SMR prend position sur les objections et les rapports médicaux y relatifs. Il retient que, sous l'angle somatique, les conclusions de l'expertise orthopédique demeuraient valables. En revanche, il recommande la tenue d'une expertise psychiatrique "pour établir l'atteinte à la santé psychique, les facteurs psycho-sociaux et contextuels, la prise en charge médicale adéquate et l'exigibilité médico-théorique conforme aux principes de la médecine d'assurance". Le 19 décembre 2019 (dossier AI p. 576), le Dr D. \_\_\_\_\_ indique que son patient "est dans l'attente d'une expertise, il est également dans l'attente de la pose d'un neurostimulateur médullaire à très hautes fréquences, intervention qui sera effectu[e] dans le courant du mois de janvier. A mon avis ce patient est dans une totale incapacité de reprendre une quelconque activité professionnelle, il ne s'est en tout cas pas amélioré depuis le début de l'année". Dans son rapport du 20 février 2020, l'expert G. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, rappelle tout d'abord l'historique médical. Il passe ensuite à l'entretien proprement dit, dont ressort avant tout la difficulté à obtenir de la part de l'assuré des informations précises sur sa situation personnelle: "Il reste très flou, tout au long de l'expertise". L'unique facteur de stress est lié aux douleurs. A l'anamnèse systématique, certains symptômes de la lignée dépressive sont mentionnés, de même que des problèmes de sommeil. Dans le cadre de l'anamnèse personnelle et familiale, l'assuré indique notamment avoir arrêté tout traitement depuis environ 6 mois, de même que le suivi auprès de son thérapeute. Après description des constats cliniques, dont il ressort en substance une situation sans réelle particularité, l'expert retient uniquement un diagnostic de trouble dépressif léger (F32.0), lequel est considéré comme sans répercussion sur la capacité de

travail. Les symptômes présents (tristesse, fatigue, baisse d'intérêt et troubles du sommeil) sont directement mis en lien avec les douleurs chroniques. Examinant ensuite les principaux rapports médicaux relatifs à la situation psychique de l'expertisé, l'expert s'écarte notamment de l'avis du psychiatre traitant, les limitations avancées (troubles de la concentration et de la mémoire, gestion du stress) n'étant pas présentes lors de l'entretien. La capacité de travail est par conséquent totale sur le plan psychiatrique, la dépression légère n'étant pas limitante, ce vraisemblablement depuis novembre 2017. Moyennant une reprise du traitement antidépresseur et psychothérapeutique, la situation pourrait encore s'améliorer. Dans un rapport daté du 29 mars 2020 (dossier AI p. 637), le Dr D. \_\_\_\_\_ revient sur l'évolution depuis le début de l'année. Il en ressort notamment que vu l'amélioration partielle des douleurs qui en résultait, le patient s'est vu implanter définitivement un neurostimulateur. Le neurochirurgien

Tribunal cantonal TC Page 11 de 15 doute néanmoins que cette amélioration soit suffisante pour lui permettre de reprendre une activité professionnelle. Le 19 mai 2020 (dossier AI p. 645), le médecin SMR estime que ce dernier rapport "attestant en 3½ lignes que l'assuré ne pourrait pas reprendre une activité professionnelle, sans aucune motivation médicale explicite, sans mention du status clinique ni d'aucun autre élément médical objectif, sans description des limitations fonctionnelles, ne permet pas de remettre en question le rapport d'expertise orthopédique du 07.02.2019". 4.3. Les parties s'opposent principalement sur l'évaluation de la capacité de travail du recourant. Ce dernier se réfère à l'avis de ses médecins traitants, et en particulier le Dr D. \_\_\_\_\_, pour conclure à l'impossibilité pour lui de travailler et à la poursuite du versement d'une rente entière d'invalidité. L'OAI se fonde pour sa part sur le résultat des expertises du Dr E. \_\_\_\_\_ et du Dr G. \_\_\_\_\_ pour admettre que l'assuré dispose (à nouveau) d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à son état de santé, ce qui implique que son degré d'invalidité ne justifie plus l'octroi d'une rente. Appelée à statuer, la Cour de céans constate que la particularité du cas d'espèce tient au fait qu'une rente a été accordée par l'OAI alors même que la situation du recourant n'était pas stabilisée. Cela ressort du rapport établi le 29 novembre 2016 par le médecin SMR (cf. supra consid. 4.1), mais également de la décision du 11 mai 2017, dans laquelle l'OAI avait indiqué ce qui suit: "Par ailleurs, nous vous rendons attentif que votre état de santé n'est actuellement pas stabilisé et qu'une révision de votre degré d'invalidité devra être effectué dans un délai rapproché". Dans ce contexte, les critiques du recourant, qui estime que son état de santé était stationnaire depuis de nombreuses années et ne comprend donc pas qu'une révision ait été entamée si rapidement, tombent manifestement à faux. Mais cette prémisse influence surtout la procédure de révision ici contestée, dans la mesure où c'est seulement dans le cadre de cette dernière qu'il a été possible de statuer en toute connaissance de cause sur la capacité de travail de l'assuré, après que ce dernier se soit soumis à l'examen d'experts. L'assuré se méprend lorsqu'il prétend que le dossier ne fait pas apparaître de modification substantielle de sa situation: en effet, alors que l'instabilité de son état de santé avait permis de justifier dans un premier temps l'octroi d'une rente, tel n'était plus le cas suite aux rapports des experts, lesquels ont permis de réévaluer la situation du recourant et d'attester la stabilisation dudit état et la présence d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. Les griefs relatifs à l'existence même d'un motif de révision (modification notable et postérieure à la dernière décision) ne sont donc pas pertinents. Dans le même ordre d'idées, la critique portant sur le fait que l'expertise du Dr E. \_\_\_\_\_ ne permettrait pas de déterminer à quel moment ledit motif de révision serait intervenu, respectivement qu'il serait susceptible de s'être produit avant même que ne soit rendue la

décision initiale d'octroi de rente, n'est pas relevante non plus. Comme rappelé ci-avant, la situation qui prévalait au moment de l'octroi de la rente était précaire et ce n'est que dans le cadre de la procédure de révision qu'il a été possible de disposer d'une vision globale et claire de la situation, notamment par le biais de l'avis des experts. Cette question ne présente quoi qu'il en soit qu'une nature secondaire dès lors que l'on peut considérer comme acquis que l'état de santé du recourant était compatible avec l'exercice d'une activité adaptée à tout le moins à partir du moment où les expertises ont eu lieu, ce qui justifie la révision intervenue ultérieurement.

Tribunal cantonal TC Page 12 de 15 Au vu de ce qui précède, le recourant est malvenu d'invoquer le fait que son état de santé s'était peut-être déjà amélioré avant même que la décision initiale n'ait été rendue pour tenter de remettre en cause l'existence d'un motif de révision: en ayant pu bénéficier, plusieurs années durant, d'une rente entière d'invalidité alors même que son état de santé n'était pas complètement stabilisé, il a bénéficié de prestations dans des conditions avantageuses pour lui. En résumé, il convient donc d'admettre que l'OAI était fondé à conclure à l'existence de motifs susceptibles de fonder une révision, en se fondant sur l'avis des experts. Encore faut-il que les conclusions de ces derniers puissent être suivies, ce qu'il convient d'examiner ci-dessous. 4.4. De l'avis de la Cour de céans, les deux expertises réalisées à la demande de l'OAI se fondent sur des examens complets et ont été établies en pleine connaissance du dossier, après que les experts ont reçu personnellement le recourant. Elles prennent en considération les plaintes exprimées et les points litigieux importants ont fait l'objet d'une étude fouillée. Enfin, l'appréciation médicale est claire et les conclusions des experts dûment motivées. En tous points conformes aux réquisits jurisprudentiels, elles ont en soi pleine valeur probante.

4.4.1. S'agissant tout d'abord de la sphère psychiatrique, la Cour relève que les conclusions de l'expert G.\_\_\_\_\_ ne sont fondamentalement contredites par aucun avis médical subséquent. Quant aux rapports établis antérieurement par le psychiatre traitant, ils insistent sur l'origine somatique des douleurs et l'impact de ces dernières sur le moral de son patient. La problématique psychique apparaît donc plutôt comme une symptomatologie d'accompagnement de l'atteinte somatique que comme une réelle pathologie psychiatrique indépendante. Le Dr M.\_\_\_\_\_ a ainsi précisé, dans son rapport du 4 juin 2019, qu'il n'avait "pas établi de certificat d'incapacité de travail, la raison principale de son incapacité étant d'ordre physique". En tout état de cause, les manifestations de dite symptomatologie dépressive ne présentent pas une gravité telle qu'il conviendrait d'en déduire l'impossibilité, pour le recourant, de les surmonter. Le fait que, comme il sera démontré ci-après (consid. 4.4.2), la composante somatique ne justifie pas une incapacité de travail dans une activité adaptée, relativise d'autant plus l'hypothèse d'une incapacité de travail d'origine psychiatrique. Globalement, le Dr G.\_\_\_\_\_ présente un tableau convaincant de la situation, basé sur un examen attentif du dossier médical, sur un entretien retranscrivant de façon détaillée le contexte familial et personnel de l'assuré, ainsi que sur ses constatations cliniques. A l'instar du psychiatre traitant, il évoque un assuré centré sur ses douleurs, mais également passif et peu enclin à activer ses ressources pour réintégrer le marché du travail. La mention par l'expert d'une rupture, tant thérapeutique que médicamenteuse, environ 6 mois plus tôt, permet de conclure au caractère plutôt secondaire de cette composante. De plus, le rythme antérieur des consultations chez le médecin traitant, à raison d'une fois par mois, n'est pas de nature corroborer la présence d'une atteinte particulièrement grave. Son avis emporte dès lors largement l'adhésion de la Cour. 4.4.2. S'agissant ensuite de l'expertise du Dr E.\_\_\_\_\_, ses conclusions se fondent sur un entretien personnel au cours duquel

l'assuré a pu exprimer ses plaintes, ainsi que sur un examen clinique détaillé, à la suite desquels cet expert pose différents diagnostics et procède à une analyse circonstanciée. Il en ressort en bref que la pathologie dont souffre l'assuré a fait l'objet d'une prise en charge adéquate et que l'évolution peut être considérée comme favorable. "Objectivement, l'examen clinique n'a mis en évidence aucune anomalie de l'appareil locomoteur notamment du rachis lombaire. A aucun moment l'assuré, durant le temps de l'expertise, n'a éprouvé le besoin d'adopter une attitude antalgique, jusqu'à se baisser afin de délayer puis de

Tribunal cantonal TC Page 13 de 15 lacer ses chaussures sans aucune difficulté". L'expert constate en outre que "l'assuré est indépendant, vit seul, gère son emploi du temps et décide du déroulement de ses activités quotidiennes. Il n'apparaît donc pas de grande variation du niveau d'activité liée à l'apparition de l'atteinte à la santé". Vu ce contexte rassurant, le fait de conclure à l'existence d'une capacité de travail dans une activité adaptée paraît parfaitement cohérent. 4.5. Le recourant conteste la valeur probante des expertises à divers titres. 4.5.1. Il invoque d'une part le fait que l'avis des experts, qui ne l'ont rencontré qu'à une seule reprise chacun, ne saurait prévaloir sur celui, divergent, de ses médecins traitants, qui suivent son dossier de longue date. Au regard de la jurisprudence constante du Tribunal fédéral (cf. supra consid. 3.4), cet argument ne saurait, à lui seul et en l'absence de toute allégation supplémentaire, justifier de s'écarter de l'avis des experts, dont le bien-fondé a d'ailleurs été confirmé plus haut. Pour les mêmes raisons, le reproche fait aux experts de ne pas avoir expliqué "clairement les raisons pour lesquelles les douleurs du recourant auraient soi-disant disparu" doit également être écarté. L'objectif des experts n'était en effet pas d'évaluer le niveau des douleurs de l'assuré, qui constitue un élément éminemment subjectif, mais bien d'examiner globalement l'état de santé de celui-ci et sa capacité de travail. Or, comme constaté plus haut, les deux spécialistes ont répondu de manière tout à fait satisfaisante à ce mandat. D'ailleurs, le Dr E. \_\_\_\_\_, en confirmant l'impossibilité pour l'assuré de reprendre son ancienne activité, tient compte des difficultés de ce dernier. 4.5.2. Dans une argumentation supplémentaire, le recourant remet en question l'évaluation opérée par le Dr E. \_\_\_\_\_ au motif que ce dernier n'aurait pas tenu compte, d'une part, de l'évolution de la situation survenue entre le moment de son examen, réalisé le 18 mai 2018, et la remise de son rapport d'expertise, en février 2019 ni, d'autre part, des rapports établis par le Dr D. \_\_\_\_\_ et par la Dre F. \_\_\_\_\_, déposés postérieurement à l'expertise orthopédique. S'agissant de la période s'étant écoulée entre mai 2018 et février 2019, on constate effectivement qu'elle n'est pas décrite par l'expert. Toutefois, l'argument du recourant ne lui est d'aucun secours, dès lors qu'il ne précise pas quel élément l'expert aurait omis de prendre en compte dans son évaluation. Ce d'autant moins que, durant cet intervalle, aucun document déterminant n'a été versé au dossier de l'OAI (cf. dossier AI p. 458 à p. 461). Il en va de même du rapport de la Dre F. \_\_\_\_\_ de mai 2019 (dossier AI p. 538) et de celui du Dr D. \_\_\_\_\_ de décembre 2019 (dossier AI p. 576). Les renseignements fournis par la première sur une formule officielle ne consistent qu'en de brèves réponses à un questionnaire standard de l'OAI. Quant au second, il se limite à indiquer que son patient est dans l'attente de la pose d'un neurostimulateur et qu'il le considère incapable de reprendre une quelconque activité professionnelle. En raison de la faiblesse des explications, mais également compte tenu du fait qu'aucun de ces praticiens ne fournit d'éléments concrets pouvant remettre en question le résultat de l'expertise orthopédique, ces rapports ne justifient pas de s'écarter des conclusions de cette dernière. 4.5.3. Le recourant invoque enfin le rapport déposé au début avril 2020 par le Dr D. \_\_\_\_\_ (cf. dossier AI p. 632), consécutivement à la pose (définitive) d'un

neurostimulateur médullaire. A cet égard, la Cour fait sienne l'appréciation du médecin SMR, qui a considéré que ce rapport était insuffisamment motivé pour justifier de s'écarter des conclusions des experts. Le spécialiste traitant se contente en effet de relativiser le bénéfice de l'appareillage précité et de faire état de

Tribunal cantonal TC Page 14 de 15 ses doutes sur la capacité de son patient à reprendre une activité professionnelle. En l'absence de motivation suffisante, ce document ne saurait conduire à remettre en question les conclusions de l'expertise orthopédique. Ce d'autant moins que, même si l'amélioration n'est pas aussi bonne que le neurochirurgien traitant l'escomptait, sa prise de position permet néanmoins de déduire que la situation de son patient ne s'est pas détériorée pour autant entre-temps. Les conclusions de l'expertise demeurent donc fondamentalement valables et rien ne justifie la mise sur pied d'investigations complémentaires, comme l'a requis le recourant. En définitive, le recourant ne parvient pas à ébranler les conclusions des experts, qui emportent largement la conviction de la Cour de céans. L'OAI était ainsi fondé à se baser sur celles-ci et à retenir que l'assuré était à nouveau en mesure de travailler dans une activité adaptée, à tout le moins depuis le moment desdites expertises. 5. Au vu de ce qui précède, le recours est rejeté et la décision attaquée confirmée. Il y a lieu de faire droit à la requête d'assistance judiciaire (608 2020 127), les conditions du recours non d'emblée dénué de chance de succès (même si mal fondé) et de l'indigence étant remplies. Son mandataire choisi est désigné défenseur d'office. Sur la base de la liste de frais remise le 14 janvier 2021 par ce dernier, l'indemnité à laquelle il a droit est fixée à CHF 2'788.20, soit 15.49h à CHF 180.-/h. Les débours requis, se montant à CHF 570.-, doivent être réduits, dès lors que deux envois postaux ont manifestement été facturés par erreur à CHF 250.- chacun; ils sont fixés, ex aequo et bono, à CHF 75.-. Il convient encore d'ajouter CHF 220.45 au titre de la TVA à 7,7%, de sorte que le total se monte à CHF 3'083.65; ce montant est à la charge de l'Etat de Fribourg. Compte tenu de ce qui précède, les frais de justice, fixés à CHF 800.- et mis à la charge du recourant, ne seront pas prélevés. (dispositif en page suivante)

Tribunal cantonal TC Page 15 de 15 la Cour arrête : I. Le recours (608 2020 125) est rejeté. II. La requête d'assistance judiciaire gratuite totale (608 2020 127) est admise et Me Valentin Aebischer est désigné comme défenseur d'office. III. L'indemnité allouée à Me Valentin Aebischer en sa qualité de défenseur d'office est fixée à CHF 2'788.20, plus CHF 75.- de débours et CHF 220.45 au titre de la TVA, soit un total de CHF 3'083.65, et mise intégralement à la charge de l'Etat de Fribourg. IV. Les frais de procédure, par CHF 800.-, sont mis à la charge du recourant. Ils ne sont toutefois pas prélevés en raison de l'assistance judiciaire gratuite totale qui lui a été accordée. 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. Si le bénéficiaire de l'assistance judiciaire revient à meilleure fortune ou s'il est démontré que son état d'indigence n'existait pas, la collectivité publique peut, dans les dix ans dès la clôture de la procédure, exiger de lui le remboursement de ses prestations (art. 145b al. 3 CPJA). Fribourg, le 26 janvier 2021/mba

Le Président : Le Greffier-rapporteur :

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