



**POUVOIR JUDICIAIRE  
GERICHTSBEHÖRDEN**

ETAT DE FRIBOURG  
STAAT FREIBURG

**Tribunal cantonal TC  
Kantonsgericht KG**

Rue des Augustins 3, case postale 1654, 1701 Fribourg

T +41 26 304 15 00  
tribunalcantonal@fr.ch  
www.fr.ch/tc

605 2018 136

## **Arrêt du 28 juin 2019**

### **1<sup>e</sup> Cour des assurances sociales**

#### **Composition**

Président :

Marc Boivin

Juges :

Marianne Jungo, Marc Sugnaux

Greffière :

Isabelle Schuwey

#### **Parties**

**A. \_\_\_\_\_, recourant,**

contre

**OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE  
FRIBOURG, autorité intimée**

#### **Objet**

Assurance-invalidité – suppression de rente

Recours du 23 mai 2018 contre la décision du 25 avril 2018

## considérant en fait

A. A. \_\_\_\_\_, né en 1970, a notamment travaillé comme menuisier puis comme agent de sécurité, avant d'être licencié avec effet au 30 avril 2003 en raison d'une incapacité de travail survenue dès le mois de novembre 2002.

Le 27 septembre 2005, il a déposé une demande de prestations AI, invoquant des lombalgies.

Par décision du 2 mai 2007, l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg (OAI) lui a refusé l'octroi d'une rente, le taux d'invalidité ayant été évalué à 10.5%.

Il a en revanche bénéficié de mesures de réadaptation (orientation professionnelle, stages, aide au placement).

B. Le 18 octobre 2012, il a déposé une nouvelle demande en raison d'une « *hernie discale avec lombosciatique chronique* », présente depuis 2004.

Après l'échec de différentes mesures de réadaptation professionnelle, une rente entière lui a finalement été accordée dès le 1<sup>er</sup> décembre 2014, une aggravation de l'état de santé ayant été reconnue dès le mois de décembre 2013. La motivation de la décision prévoyait d'emblée un réexamen de la situation – médicale et économique – après l'intervention chirurgicale prévue (spondylodèse), qui a été réalisée le 21 octobre 2015.

Cette révision d'office a été mise en œuvre dès le mois de juin 2016. Dans ce cadre, une expertise orthopédique a finalement été réalisée le 1<sup>er</sup> février 2018 par le Dr B. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, lequel a conclu à une amélioration de l'état de santé suite à l'intervention, permettant une pleine capacité de travail dans une activité adaptée 6 mois après la spondylodèse.

Sur cette base, l'OAI a rendu une décision de suppression de rente le 25 avril 2018 en considérant que l'assuré ne subissait plus aucune perte de gain, le revenu statistique d'invalidé susceptible d'être réalisé dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles retenues étant même supérieur au revenu sans invalidité.

C. Contre cette décision, A. \_\_\_\_\_ a interjeté recours le 23 mai 2018, concluant au maintien de la rente entière. Il a expliqué souffrir de douleurs continues dues à sa lombosciatique chronique, le limitant considérablement dans ses activités quotidiennes. Il a critiqué le fait que l'autorité intimée n'ait pas organisé de nouvelle évaluation professionnelle depuis son opération, en soulignant que les deux dernières tentatives d'évaluation avaient dû être écourtées pour raisons de santé, certificat médical à l'appui.

Dans ses observations du 16 juillet 2018, l'OAI a relevé que l'appréciation de capacité médico-théorique par l'expert était, selon la jurisprudence, prépondérante sur les conclusions d'une éventuelle nouvelle évaluation professionnelle. Il a confirmé la pleine valeur probante des conclusions de l'expert à ce sujet et a ainsi proposé le rejet du recours, à défaut d'élément suffisant pour remettre en cause le caractère probant de l'expertise.

Le 16 août 2018, le recourant a confirmé ses griefs relatifs aux conclusions de l'expertise, reprochant notamment à l'autorité intimée de n'avoir pas suffisamment tenu compte de l'avis de

son médecin traitant. Il a également expliqué que l'opération du 21 octobre 2015 n'avait engendré aucune amélioration notable, de sorte qu'il n'a pas pu reprendre la pratique de la pétanque – élément relevé par l'expert – ni la moindre activité professionnelle. Il a également invoqué sa situation financière difficile suite à la suppression de la rente d'invalidité.

Dans ses ultimes remarques du 24 août 2018, l'OAI a souligné que les conclusions de l'expert n'étaient pas uniquement basées sur la pratique de la pétanque, mais bien sur un examen clinique complet, qui avait permis de déterminer les limitations fonctionnelles et de fixer la capacité médico-théorique. Il a également relevé que l'expert avait bien tenu compte de l'avis du médecin traitant, même s'il s'en était distancé.

Par courriel du 17 septembre 2018, le recourant a sollicité le traitement rapide de son recours, invoquant à nouveau son absence de ressources financières suite à la décision attaquée.

Le 19 septembre 2018, la Greffière soussignée a informé l'assuré que son recours serait traité selon l'ordre chronologique des affaires de la Cour et selon la plus grande impartialité. Elle lui a également indiqué qu'aucune mesure d'instruction particulière n'était alors envisagée.

Le 25 septembre 2018, l'autorité intimée a formulé une demande de récusation à l'encontre de la Greffière soussignée et de son Juge référent, estimant que la formulation du courrier du 19 septembre 2018 dénotait une idée préconçue relative aux « nombreuses décisions de suppression de rentes rendues par l'Office » et représentait un jugement de valeur donnant à douter d'une activité partielle.

Par arrêt du 13 novembre 2018 (605 2018 236), la 1<sup>ère</sup> Cour des assurances sociales a rejeté la requête de récusation, à défaut d'élément permettant de fonder une apparence objective de prévention.

Il sera fait état du détail des arguments des parties dans les considérants en droit du présent arrêt, pour autant que cela soit utile à la solution du litige, considérants dans le cadre desquels seront par ailleurs examinés leur moyens de preuve.

## **en droit**

1.

Interjeté en temps utile et dans les formes légales auprès de l'autorité judiciaire compétente par un assuré directement touché par la décision attaquée, le recours est recevable.

2.

Aux termes de l'art. 8 al. 1 de la loi du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1), applicable par le biais de l'art. 1 al. 1 de la loi du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI; RS 831.20), est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 4 al. 1 LAI, dite invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident.

Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 al. 1 LPGA). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (art. 7 al. 2 LPGA).

3.

D'après une jurisprudence constante, ce n'est pas l'atteinte à la santé en soi qui est assurée, ce sont plutôt les conséquences économiques de celle-ci, c'est-à-dire une incapacité de gain qui sera probablement permanente ou du moins de longue durée (ATF 127 V 294).

L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40% au moins. La rente est échelonnée comme suit selon le taux de l'invalidité: un taux d'invalidité de 40% au moins donne droit à un quart de rente; lorsque l'invalidité atteint 50% au moins, l'assuré a droit à une demi-rente; lorsqu'elle atteint 60% au moins, l'assuré a droit à trois quarts de rente et lorsque le taux d'invalidité est de 70% au moins, il a droit à une rente entière (cf. art. 28 LAI).

3.1. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge en cas de recours) a besoin d'informations que seul le médecin est à même de lui fournir. La tâche de ce dernier consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est capable ou incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; 114 V 310 consid. 3c).

Lorsque des expertises confiées à des médecins indépendants sont établies par des spécialistes reconnus, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier et que les experts aboutissent à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 122 V 157 consid. 1c et les références citées). En présence d'avis médicaux contradictoires, le juge doit apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt que sur une autre. A cet égard, l'élément décisif pour apprécier la valeur probante d'une pièce médicale n'est en principe ni son origine, ni sa désignation sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu. Il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 125 V 351 consid. 3a; 122 V 157).

En outre, il y a lieu d'attacher plus de poids à l'opinion motivée d'un expert qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin traitant dès lors que celui-ci, vu la relation de confiance qui l'unit à son patient, est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour lui (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées). Enfin, l'on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou un juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire (arrêt TF 9C\_201/2007 du 29 janvier 2008).

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

4.

Selon l'art. 17 al. 1 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée.

4.1. Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision. La rente peut ainsi être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain (ou d'exercer ses travaux habituels) ont subi un changement important (ATF 130 V 343 consid. 3.5). Une simple appréciation différente d'un état de fait, qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé n'appelle en revanche pas à une révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 112 V 371 consid. 2b; 112 V 387 consid. 1b). Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient lorsque la décision initiale de rente a été rendue avec les circonstances régnant à l'époque du prononcé de la décision litigieuse (ATF 130 V 351 consid. 3.5.2; 125 V 369 consid. 2 et la référence citée; cf. également ATF 112 V 371 consid. 2b et 112 V 387 consid. 1b).

4.2. Le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une révision correspond à la dernière décision qui repose sur un examen matériel du droit à la rente, avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit (ATF 133 V 108 consid. 5.4 p. 114 cité par la juridiction cantonale). Une communication, au sens de l'art. 74<sup>ter</sup> let. f du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI; RS 831.201), a valeur de base de comparaison dans le temps si elle résulte d'un examen matériel du droit à la rente (cf. arrêts TF 9C\_46/2009 du 14 août 2009 consid. 3.1; 9C\_910/2010 du 7 juillet 2011 consid. 3.2 *a contrario*).

5.

Est litigieuse la suppression de la rente entière accordée dès le 1<sup>er</sup> décembre 2014.

Le recourant estime avoir encore droit à la rente entière qui lui avait été octroyée. Il soutient en effet que l'opération subie le 21 octobre 2015 n'a engendré aucune amélioration notable, de sorte que ses douleurs continuent de l'entraver dans toutes ses activités quotidiennes et, partant, l'empêchent d'exercer une activité professionnelle.

Quant à l'autorité intimée, elle se réfère à l'expertise réalisée le 1<sup>er</sup> février 2018 par le Dr B.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, selon lequel l'état de santé, suite à l'intervention du 21 octobre 2015, permet la reprise d'une activité adaptée à plein temps, sans diminution de rendement, 6 mois après la spondylodèse.

Il importe, dans un premier temps, de revenir sur les conditions de l'octroi de la rente entière.

#### 5.1. Demande du 27 septembre 2005 et premier refus de rente

L'assuré, né en 1970, a notamment travaillé comme menuisier puis comme agent de sécurité, avant d'être licencié avec effet au 30 avril 2003 en raison d'une incapacité de travail survenue dès le mois de novembre 2002 (dossier OAI, pièce 21).

Le 27 septembre 2005, il a déposé une demande AI le 27 septembre 2005 en raison de « *lombalgie intermittente depuis 1995 (1<sup>er</sup> épisode lombalgie) avec aggravation depuis 2000* » (dossier OAI, pièce 6).

Il a alors bénéficié de diverses mesures de réadaptation, en particulier un stage d'orientation professionnelle de 3 mois auprès du CEPAI du 19 juin au 17 septembre 2006 (dossier OAI, pièces 37 et 51) ainsi qu'une aide au placement dès le mois de novembre 2006 (dossier OAI, cf. notamment pièce 56).

Par décision du 2 mai 2007, l'octroi d'une rente d'invalidité lui a en revanche été refusé en raison d'un taux d'invalidité fixé à 10.5% (dossier OAI, pièce 82).

#### 5.2. Nouvelle demande du 18 octobre 2012

Une IRM de la colonne lombaire a été réalisée le 7 août 2012, suite à une chute subie le 28 avril 2012. Cet examen a mis en évidence une « *discopathie L4-L5 avec hernie discale paramédiane et foraminale gauche à l'origine d'un conflit radiculaire* » (dossier OAI, pièce 117).

Le 18 octobre 2012, l'assuré a déposé une nouvelle demande, invoquant une « *hernie discale avec lombosciatique chronique* », présente depuis 2004 (dossier OAI, pièce 109).

L'OAI a dans un premier temps rendu un projet de décision de refus d'entrée en matière le 13 novembre 2012 (dossier OAI, pièce 111).

Sur la base de rapports du médecin traitant de l'assuré, le Dr C. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, attestant d'une dégradation de l'état de santé consécutive à la chute du 28 avril 2012 (rapport du 11 décembre 2012, dossier OAI, pièce 116) et d'une chronicisation d'un syndrome lombosciatique (rapport du 4 février 2013, dossier OAI, pièce 124), l'OAI a finalement mis en œuvre de nouvelles mesures d'instruction.

Des stages d'évaluation professionnelle ont ainsi été prévus, le premier au CEPAI du 2 décembre 2013 au 2 mars 2014 (dossier OAI, pièces 146 et 151) et le second auprès de l'ORIF du 15 décembre 2014 au 22 mars 2015 (dossier OAI, pièces 179 et 181). Ces deux stages n'ont cependant pas pu être menés à terme, en raison d'une incapacité de travail à 100% attestée par le médecin traitant, immédiate pour le premier, soit dès le 2 décembre 2013 (dossier OAI, pièce 160), et dès le 6 février 2015 pour le second (dossier OAI, pièce 182).

Une nouvelle IRM, réalisée le 12 février 2015, a mis en évidence une péjoration de l'atteinte lombaire (« *péjoration de la discopathie L4-L5 avec perte de hauteur d'environ 75 %, et dessiccation quasiment totale. Aspect inchangé de la protrusion discale à base large, comme précédemment sans conflit durai ou radiculaire significatif. Apparition d'un œdème sous-chondral* » ; dossier OAI, pièce 192, p. 575).

L'assuré a alors été adressé au Dr D.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurochirurgie. Dans un rapport du 2 mars 2015, ce spécialiste a diagnostiqué une « *discopathie de grade V devenue douloureuse et invalidante* », pour laquelle il envisageait une opération (« *spondylodèse avec cage et greffe intersomatique* »). Un problème de hanche a également été suspecté (dossier OAI, pièce 192, p. 566).

A ce stade, le médecin traitant attestait pour sa part d'une incapacité de travail totale dans l'activité habituelle et mentionnait une « *persistance de la douleur, difficulté fonctionnelle mécanique* ». Il estimait notamment que la position assise était limitée à 1h30 par jour – 15 à 20 minutes par jour pour la position debout – et que l'inclinaison du buste devait être évitée, tandis que le port de charges était limité à 5 kg (rapport du 13 mars 2015, dossier OAI, pièces 191 et 192).

Consulté pour l'éventuel problème de hanches, le Dr E.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a constaté l'absence de pathologie à ce niveau et a renvoyé au Dr D.\_\_\_\_\_ pour le problème rachidien (dossier OAI, pièce 198).

### 5.3. *Spondylodèse du 21 octobre 2015 et octroi d'une rente entière*

Le 29 août 2015, le Dr D.\_\_\_\_\_ a signalé à l'OAI une péjoration des douleurs et a indiqué qu'une spondylodèse était prévue (dossier OAI, pièce 199).

Cette intervention a été réalisée le 21 octobre 2015, apparemment avec succès (« *le résultat final semble satisfaisant* » ; protocole opératoire, dossier OAI, pièce 215, p. 762).

Le dossier a été soumis le 25 novembre 2015 au Dr F.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, médecin auprès du Service médical régional de l'OAI (SMR), lequel a estimé qu'une aggravation de l'état de santé, justifiant une incapacité de travail totale, semblait attestée dès le mois de décembre 2013. Il a en outre réservé la mise en œuvre d'une expertise orthopédique suite à l'intervention (dossier OAI, pièce 201).

Sur cette base, l'OAI a rendu le 7 décembre 2015 un projet de décision d'octroi d'une rente entière dès le 1<sup>er</sup> décembre 2014, soit un an après l'aggravation annoncée. Ce projet de décision, tout comme la motivation jointe à la décision formelle, annonçait d'emblée qu'une révision serait effectuée suite à la spondylodèse (projet de décision du 7 décembre 2015, dossier OAI, pièce 204 ; motivation de la future décision formelle, dossier OAI, pièce 205).

La décision formelle n'a toutefois été établie par la Caisse de compensation que le 26 août 2016 (dossier OAI, pièce 211).

### 5.4. *Ouverture de la procédure de révision litigieuse*

Comme annoncé par l'OAI lors de l'octroi de la rente, une procédure de révision a été entamée quelques mois après l'intervention chirurgicale (questionnaire pour la révision de la rente du 29 juin 2016, dossier OAI, pièce 209).

Dans ce cadre, le médecin traitant a indiqué dans un rapport du 6 septembre 2016 que l'état de santé était stationnaire, en présence de « *douleurs chroniques sans possibilité d'amélioration même en post-opératoire* ». Il a précisé que le maintien d'une même position n'était exigible que 20 à 45 minutes par jour, le port de charges limité à 5 kg et l'inclinaison du buste impossible. En outre, les mouvements des membres ou du dos n'étaient exigibles qu'occasionnellement. Ainsi, il a affirmé que l'activité habituelle n'était plus exigible et que son patient présentait une diminution de

rendement minimale de 80%, en fonction de l'évolution des symptômes, tout en estimant qu'aucune autre activité n'était exigible (dossier OAI, pièces 215-216).

Quant au Dr D. \_\_\_\_\_, il a affirmé dans un rapport du 6 septembre 2016 que la spondylodèse du 21 octobre 2015 ne semblait pas avoir apporté « *beaucoup d'amélioration* » (dossier OAI, pièce 217).

### 5.5. Expertise orthopédique

Le 21 novembre 2016, le SMR a recommandé la mise en œuvre d'une expertise orthopédique (dossier OAI, pièce 221).

Celle-ci a été confiée au Dr B. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. Dans son rapport du 1<sup>er</sup> février 2018 (dossier OAI, pièce 231), l'expert établit tout d'abord l'anamnèse sociale et professionnelle de l'assuré et décrit le déroulement de ses activités quotidiennes (« *[L'expertisé] se lève entre 08H00 et 09H00, prépare et prend le petit déjeuner en compagnie de sa concubine. Ils trient leur courrier et restent les deux à domicile jusqu'à midi où ils préparent et prennent le déjeuner ensemble. Ils regardent la télé de 13h00 à 13h30 puis vont en voiture faire les courses. Après leur retour, [l'expertisé] va marcher. Le reste du temps, suivant la météo, profite de la terrasse où s'allonge sur le lit. Il s'occupe à faire de la pyrogravure mais doit arrêter après une heure en raison de douleurs au dos. Le dîner est préparé à deux. Le couple regarde la télévision jusqu'à minuit parfois 22h00. [L'expertisé] se lève parfois la nuit car ressent sa jambe gauche lourde et des fourmillements au pied. Durant les vacances d'été, le couple se rend en France en voiture chez des amis et passent là-bas 1 à 2 semaines et doivent s'arrêter 3-4 fois pendant le voyage* » ; rapport d'expertise, p. 3-4). Il mentionne également le traitement actuel (« *Dafalgan cp 1g 3 à 4x par jour ; Mydocalm cp 150 mg 1cp 1 à 3x par jour ; Pantoprazole Sandoz 40 1x par jour ; Olfen duo release 75mg 2x par jour* », p. 4), puis passe en revue l'ensemble de la documentation médico-administrative (p. 5-12).

Le rapport retranscrit en outre l'ensemble des plaintes exprimées par l'assuré, centrées sur ses douleurs mais également sur son sentiment d'être totalement incapable de travailler à nouveau : « *J'ai toujours des douleurs au dos 3-4/10 le matin au lever et le soir au coucher. J'ai toujours une gêne au dos. Des jours cela monte à 8-9/10 surtout les changements de temps. De l'automne au printemps des insomnies, l'été beaucoup moins. Je me sens dans l'incapacité de travailler. Aucun employeur ne voudra m'embaucher. Je suis content de toucher la rente AI car je vois que je ne suis pas performant dans mon travail. L'opération est un échec, j'espérais beaucoup plus de cette opération. La grosse pointe de coup de couteau dans le disque avant l'opération a disparu. Je n'ai vu mon chirurgien qu'une seule fois après l'opération. J'ai toujours une douleur à la fesse gauche* » (p. 13).

Au cours de la consultation, l'expert relève que « *[l'expertisé] paraît en bon état général. Il est ponctuel et s'est présenté seul au cabinet. Il a conduit son véhicule pour se déplacer. Durant toute la consultation, [l'expertisé] n'a pas éprouvé le besoin de changer de position ou présenté une position antalgique. Le déshabillage et le rhabillage se sont faits sans aucune difficulté chez un expertisé adéquat et collaborant. [L'expertisé] marche normalement et n'utilise aucun moyen auxiliaire* » (p. 14).

A l'issue d'un examen clinique complet (p. 14-18), comprenant également un examen neurologique des membres supérieurs et inférieurs, ainsi que l'examen de l'imagerie à disposition



(p. 19), l'expert constate que « *la colonne vertébrale ne présente aucun trouble clinique nécessitant d'autres investigations actuellement. La clinique ne retrouve pas non plus de signes en faveur d'une pathologie ostéo-articulaire aux 4 membres nécessitant une quelconque investigation ou traitement. La colonne totale et en particulier lombaire est mobile sans déficit neurologique. L'examen ostéo-articulaire ne retrouve aucun syndrome radiculaire qu'il soit de nature déficitaire ou irritative. L'imagerie de contrôle post-opératoire n'a mis en évidence aucune complication mécanique. Le matériel d'ostéosynthèse est en place ainsi que la cage intersomatique* » (p. 21).

Il retient ainsi deux diagnostics susceptibles d'influer sur la capacité de travail : un « *status après TLIF L4-L5 (...) par la gauche avec fixation pédiculaire (...) le 21.10.2015* » et un « *status après discopathie L4-L5* » (p. 19).

L'expert confirme une incapacité de travail provisoire suite à la dernière intervention chirurgicale (« *la prise en charge chirurgicale de cette pathologie entraîne une incapacité fonctionnelle provisoire le temps de la guérison* » ; p. 21).

Il relève en outre que « *l'assuré se plaint de lombalgies persistantes malgré l'intervention chirurgicale. Néanmoins il reconnaît la disparition de la douleur permanente et principale après cette intervention* » (p. 20).

Il retient ainsi les limitations fonctionnelles suivantes :

« *Restrictions légères :*

*Eviter d'accomplir de façon répétitive les activités qui impliquent de :*

- *Soulever, porter, tirer, pousser des charges de plus de 15 à 25 kg.*
- *Travailler en position accroupie.*
- *Effectuer des mouvements avec des amplitudes extrêmes de flexion, d'extension ou de torsion de la colonne lombaire.*
- *Subir des vibrations de basse fréquence ou des contrecoups à la colonne vertébrale.*

*Restrictions modérées :*

*Eviter les activités qui impliquent de :*

- *Soulever, porter, tirer, pousser de façon répétitive ou fréquente les charge de 5 à 15 kg.*
- *Effectuer des mouvements répétitifs ou fréquents de flexion, d'extension ou de torsion de la colonne lombaire même de faible amplitude.*
- *Monter fréquemment plusieurs escaliers.*
- *Marcher en terrain accidenté ou glissant* » (p. 22).

Sur la base de ces limitations, il confirme que les activités antérieures de menuisier ou magasinier ne sont plus exigibles, sauf aménagements. En revanche, une capacité de travail totale, sans diminution de rendement, est exigible dans une activité adaptée, au plus tard 6 mois après l'intervention chirurgicale du 21 octobre 2015 (p. 24).

## 5.6. *Décision litigieuse*

Suite à ce rapport, l'OAI a rendu le 5 mars 2018 une décision d'aide au placement afin de trouver un poste de travail dans une activité adaptée, conformément à l'exigibilité retenue par l'expert (dossier OAI, pièce 233).

Dans la foulée, par projet de décision du 6 mars 2018, l'OAI a par ailleurs supprimé la rente d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> juin 2018, en retenant que dès le mois d'avril 2016, soit 6 mois après la spondylodèse, une activité adaptée aux limitations fonctionnelles était exigible à 100%. Une telle activité étant susceptible de générer un revenu statistique de CHF 67'184.-, soit un montant supérieur au revenu statistique pouvant être réalisé dans une activité de logisticien / magasinier (dossier OAI, pièce 234).

Par courrier du 13 mars 2018, le médecin traitant, le Dr C.\_\_\_\_\_, a déclaré soutenir l'opposition de son patient à l'encontre de cette décision de suppression de rente. Il a mentionné un diagnostic de « *syndrome douloureux chronique lombosciatique gauche mécanique persistant et status post opération hernie discale L4/L5* » et a indiqué que son patient souffrait de « *douleurs invalidantes dès le matin au réveil et régulièrement durant la journée, par exacerbation de pics douloureux* » avec une « *fatigabilité et trouble du sommeil associés à des lombalgies nocturnes* ». Il a affirmé que, « *bien que l'aspect aigu ait été amélioré par l'opération, il persiste chez ce patient une limitation fonctionnelle associée à une lombalgie mécanique et des sciatalgies résiduelles consécutives de l'affection* ». Il a ainsi recommandé de tenir compte d'une « *perte fonctionnelle avec limitation de la charge (max. 5 kg) et de répétitivité restreinte seraient nécessaires* » (dossier OAI, pièce 235).

L'assuré a confirmé son opposition par courrier du 19 mars 2018, affirmant ne pas être en état de travailler à cause de ses douleurs, des effets secondaires de sa médication, de sa fatigue et des limitations fonctionnelles découlant de ses atteintes, le rendant inapte à « *suivre la cadence imposée par n'importe quel travail* » (dossier OAI, pièce 236).

Par décision du 25 avril 2018, l'OAI a confirmé la suppression de toute rente dès le 1<sup>er</sup> juin 2018 (dossier OAI, pièce 244).

Le 21 mai 2018, l'assuré a interjeté recours contre cette décision auprès du Tribunal cantonal, en se référant au rapport du 13 mars 2018 de son médecin traitant.

6.

Le présent litige se situe dans le cadre d'une procédure de révision de la rente, ouverte d'office par l'autorité intimée suite à l'intervention chirurgicale (spondylodèse) du 21 octobre 2015, et qui avait été annoncée d'emblée lors de la décision d'octroi de la rente entière.

Il s'agit dès lors d'examiner si et dans quelle mesure l'état de santé de l'assuré a évolué suite à cette intervention, depuis l'octroi de la rente entière.

6.1. Le recourant conteste principalement la capacité médico-théorique retenue par l'autorité intimée sur la base de l'expertise orthopédique du 1<sup>er</sup> février 2018, en affirmant que l'opération chirurgicale n'a pas eu le résultat attendu et n'a pas amélioré ses douleurs. Celles-ci provoquent un manque de sommeil engendrant une irritabilité, une fatigue continue et un manque d'énergie, ainsi que des limitations importantes rendant impossible la position assise ou debout plus de

30 minutes ou une marche de plus d'un kilomètre. Dès lors, il reproche à l'OAI de ne pas lui avoir proposé une nouvelle évaluation professionnelle, pour constater l'impossibilité de reprendre une activité professionnelle. Enfin, il déplore le fait que les conclusions de l'expert, rendues à l'issue d'une unique consultation, soient préférées à l'avis de son médecin traitant qui le suit depuis de nombreuses années.

Quant à l'autorité intimée, elle considère que l'appréciation par l'expert de la capacité médico-théorique est suffisante, de sorte qu'il n'était pas nécessaire d'ordonner une nouvelle évaluation professionnelle. Par ailleurs, elle confirme la valeur probante des conclusions de l'expert, rendues sur la base d'un examen clinique complet et d'une pleine connaissance de la situation médicale du recourant, et affirme que rien ne permet de les remettre en cause valablement.

6.2. En premier lieu, la Cour constate que seuls deux médecins se sont prononcés sur la capacité de travail ultérieurement à la spondylodèse du 21 octobre 2015 : le médecin traitant et l'expert mandaté par l'OAI.

A cet égard, il convient de relever que le rapport d'expertise du 1<sup>er</sup> février 2018 a été établi sur la base du dossier asséurologique et médical complet et d'un examen clinique le 16 juin 2017, lors duquel ont également été pratiqués des examens cliniques et neurologiques. A cette occasion, l'assuré a pu s'exprimer librement sur ses plaintes et sur l'évolution de son état suite à la spondylodèse (rapport, p. 13), de sorte que l'expert a pu disposer d'une pleine connaissance de l'anamnèse médicale, professionnelle et sociale de l'assuré.

En outre, les questions litigieuses, à savoir l'existence d'une atteinte orthopédique et son éventuelle influence sur la capacité de travail, ont fait l'objet d'une étude circonstanciée. L'expert a en effet procédé à un examen clinique complet (p. 14-18), sur la base duquel il a pu confirmer la mobilité de la colonne, en particulier lombaire, et n'a constaté aucune pathologie ostéo-articulaire de la colonne vertébrale ou des 4 membres nécessitant d'autres investigations ou traitements. L'examen n'a pas non plus révélé ni déficit neurologique affectant la colonne, ni syndrome radiculaire – déficitaire ou irritatif –, pas plus que d'éventuelles complications mécaniques suite à l'ostéosynthèse réalisée (p. 21).

L'expert a par ailleurs décrit précisément les limitations fonctionnelles justifiées par les atteintes constatées, à savoir éviter le port de charges répétitif de 15 à 25 kg ainsi que le port de charges fréquent de plus de 5 kg, le travail en position accroupie, les mouvements à amplitudes extrêmes ou répétitif – même de faible amplitude – de la colonne lombaire, les vibrations ou les contrecoups, la montée fréquente d'escaliers ou la marche en terrain accidenté (p. 22).

C'est sur cette base qu'il s'est prononcé sur la capacité résiduelle de travail, jugée entière et sans diminution de rendement dans une activité respectant ces limitations fonctionnelles, tout en admettant que les activités précédentes de menuisier ou de magasinier n'étaient plus exigibles (p. 24).

Pour sa part, le médecin traitant mentionnait le 6 septembre 2016 la présence de « *douleurs chroniques sans possibilité d'amélioration même en post-opératoire* » impliquant une diminution de rendement minimale de 80%. Le 13 mars 2018, il s'opposait explicitement à la suppression de rente, en mentionnant un diagnostic de « *syndrome douloureux chronique lombosciatique gauche mécanique persistant* » avec « *douleurs invalidantes* » (rapport du 13 mars 2018).

Quant au Dr D.\_\_\_\_\_, qui a pratiqué la spondylodèse le 21 octobre 2015, il s'est limité à indiquer le 6 septembre 2016 qu'« *il ne semble pas y avoir eu beaucoup d'amélioration avec cette intervention* » (dossier OAI, pièce 217). Il ne s'est toutefois nullement prononcé sur les limitations fonctionnelles générées par l'atteinte ni sur la capacité médico-théorique.

6.3. Force est d'admettre que rien ne permet de remettre valablement en cause l'appréciation de la capacité médico-théorique telle que retenue par l'expert.

En effet, une certaine diminution des douleurs suite à la spondylodèse semble avérée, même si l'effet n'a certes pas été à la hauteur des attentes du recourant : le médecin traitant reconnaît que « *l'aspect aigu ait été amélioré par l'opération* » (rapport du 13 mars 2018) et le recourant mentionne la disparition de « *la grosse pointe de coup de couteau dans le disque avant l'opération* » (rapport d'expertise, p. 13).

Par ailleurs, les limitations fonctionnelles retenues par le médecin traitant qui, dans son rapport du 13 mars 2018, propose de tenir compte d'une « *limitation de la charge (max. 5 kg) et de répétitivité restreinte* », sont certes légèrement plus étendues, s'inscrivent dans la même ligne que celles citées par l'expert à ce propos (*éviter le port de charges répétitif de 15 à 25 kg ainsi que le port de charges fréquent de plus de 5 kg, éviter les mouvements à amplitudes extrêmes ou répétitif – même de faible amplitude – de la colonne lombaire*).

Ces limitations semblent précisément correspondre aux activités adaptées exigibles citées par l'OAI dans la décision attaquée (« *ouvrier dans la production industrielle légère ou les services, telle que le montage à l'établi, le contrôle de produits finis, la conduite de machines semi-automatiques, l'usinage de pièces légères ou le conditionnement léger* »). Rien ne permet en effet de mettre en doute que de telles activités légères ne seraient pas exigibles au regard des atteintes du recourant.

Enfin, l'on doit encore souligner que, selon la jurisprudence mentionnée plus haut (consid. 3.1.), le Dr C.\_\_\_\_\_, en sa qualité de médecin traitant du recourant, pourrait être susceptible prendre parti pour son patient en cas de doute. Ce d'autant plus que l'importante diminution des capacités fonctionnelles attestée semble reposer exclusivement sur les douleurs et les plaintes subjectives exprimées par son patient, qui, dans son recours, laissait transparaître son sentiment de ne pas avoir été compris par l'administration.

La Cour estime, cela étant, qu'aucun élément médical objectif suffisant ne permet de remettre en cause les conclusions de l'expert.

Ainsi, et dans la mesure où le rapport d'expertise du 1<sup>er</sup> février 2018 est par ailleurs en tous points conformes aux réquisits jurisprudentiels, c'est à bon droit que l'OAI s'est fondé sur ses conclusions pour retenir l'existence d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, 6 mois après la spondylodèse réalisée le 21 octobre 2015.

La prise en compte d'un revenu d'invalidité statistique à 100%, sans diminution de rendement, doit dès lors être confirmée, de même que l'absence de perte de gain découlant de l'atteinte à la santé.

7.

Au vu de tout ce qui précède, la décision de l'OAI de supprimer la rente entière octroyée dès le 1<sup>er</sup> décembre 2014, après réexamen de la capacité médico-théorique suite à l'opération prévue, ne peut objectivement être critiquée.

Il s'ensuit le rejet du recours et la confirmation de la décision attaquée.

Compte tenu de l'issue du litige, les frais de procédure, fixés à CHF 800.-, sont mis à la charge du recourant qui succombe. Ils sont compensés avec son avance de frais.

Il n'est enfin pas alloué d'indemnité de partie.

### **la Cour arrête :**

I. Le recours est rejeté.

Partant, la décision du 25 avril 2018 est confirmée.

II. Des frais de justice de CHF 800.- sont mis à la charge du recourant. Ils sont compensés avec son avance de frais du 26 juin 2018.

III. Il n'est pas alloué d'indemnité de partie.

IV. 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 28 juin 2019/isc

Le Président :

La Greffière :