



**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 82

## **Arrêt du 28 mars 2019**

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

#### **Composition**

Président :	Marc Boivin
Juges :	Marianne Jungo, Marc Sugnaux
Greffière :	Isabelle Schuwey

#### **Parties**

**A. \_\_\_\_\_, recourant**, représenté par Me Christine Graa, avocate  
contre

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

#### **Objet**

Assurance-invalidité – réduction de rente

Recours du 19 mars 2018 contre la décision du 16 février 2018

## considérant en fait

A. Par décision du 10 janvier 2003, une rente d'invalidité limitée dans le temps a été accordée du 1<sup>er</sup> janvier au 31 octobre 2000 à A. \_\_\_\_\_, né en 1958, qui avait notamment travaillé comme magasinier et chauffeur-livreur dans différentes entreprises, en raison de lombo-sciatalgies résiduelles suite à une hernie discale opérée le 7 janvier 1999.

Dès le début de l'année 2002, l'assuré a débuté une activité de veilleur de nuit auprès de la Fondation B. \_\_\_\_\_.

B. Le 4 juin 2009, l'assuré, en incapacité de travail totale depuis le 8 octobre 2008, a déposé une nouvelle demande de rente en raison d'une aggravation de ses problèmes de dos.

Par décision du 6 juin 2011, l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg (OAI) lui a octroyé une rente entière d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> décembre 2009, une incapacité de travail totale dans toute activité professionnelle ayant alors été reconnue.

Cette rente entière a été confirmée lors d'une procédure de révision d'office, le 17 septembre 2012.

C. Par décision du 16 février 2018, la rente entière a été réduite à trois-quarts de rente, au motif d'une amélioration de l'état de santé depuis 2011 permettant l'exercice d'une activité adaptée à 50%, sans diminution de rendement. Après comparaison des revenus, le taux d'invalidité n'était plus que de 60%, justifiant ainsi le remplacement de la rente entière par trois-quarts de rente dès le 1<sup>er</sup> avril 2018.

Cette appréciation se fondait en particulier sur un rapport médical du Dr C. \_\_\_\_\_.

D. Le 19 mars 2018, A. \_\_\_\_\_, représenté par Me Christine Graa, avocate, interjette recours contre cette dernière décision. Il conclut, sous suite de frais et d'une indemnité de partie, à l'annulation de la décision et au maintien de la rente entière. En substance, il critique l'appréciation du SMR et affirme que le Dr C. \_\_\_\_\_ n'a attesté d'aucune amélioration de l'état de santé, mais a uniquement apprécié différemment sa capacité de travail sur la base du dossier médical et aurait même relevé une péjoration de son état. Il conteste ainsi disposer encore d'une quelconque capacité de travail résiduelle, compte tenu de son âge, des limitations fonctionnelles reconnues et de son absence de toute formation professionnelle.

Il s'est acquitté d'une avance de frais de CHF 800.- le 23 avril 2018.

Dans ses observations du 19 juin 2018, l'OAI propose le rejet du recours, en se référant à l'appréciation du Dr C. \_\_\_\_\_. Par ailleurs, il relève que l'assuré a bénéficié de mesures d'ordre professionnel sous forme de deux stages qui ont à chaque fois été interrompus prématurément sur la base d'arrêts de travail délivrés par le médecin traitant.

Dans un second échange d'écritures, les parties ont confirmé leur position.

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 et dûment représenté, le recours est recevable.

2.

Aux termes de l'art. 8 al. 1 de la loi fédérale 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.

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

2.2. D'après une jurisprudence constante, ce n'est toutefois 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).

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

Lorsque des expertises confiées à des médecins indépendants sont établies par des spécialistes reconnus, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier et que les experts aboutissent à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 122 V 157 consid. 1c et les références). En présence d'avis médicaux contradictoires, le juge doit apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt que sur une autre. A cet égard, l'élément décisif pour apprécier la valeur probante d'une pièce médicale n'est en principe ni son origine, ni sa désignation sous la

forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu. Il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 125 V 351 consid. 3a; 122 V 157).

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

2.4. 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).

3.

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.

3.1. 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).

En particulier, le simple fait qu'un diagnostic ne soit plus retenu à la suite d'un examen ultérieur ne saurait justifier, à lui seul, la révision du droit à la rente, dans la mesure où un tel constat ne permet pas d'exclure l'existence d'une appréciation différente d'un état de fait qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé. Une modification sensible de l'état de santé ne saurait être admise que si le nouveau diagnostic est corroboré par un changement clairement objectivé de la situation clinique et par l'amélioration, voire la disparition des limitations fonctionnelles précédemment décrites (arrêt TF 9C\_860/2015 du 1<sup>er</sup> juin 2016 consid. 4.3 et les références citées). Ainsi, une révision au sens de l'art. 17 LPGA est exclue sur la base d'une simple appréciation « *ex tunc* » (arrêt TF 8C\_557/2017 du 4 décembre 2017 consid. 4.5).

3.2. Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient lorsque la décision initiale de rente a été rendue avec les circonstances régnant à l'époque du prononcé de la décision litigieuse (ATF 130 V 351 consid. 3.5.2 ; 125 V 369 consid. 2 et la référence citée ; voir également ATF 112 V 371 consid. 2b et 112 V 387 consid. 1b).

Le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une révision correspond à la dernière décision qui repose sur un examen matériel du droit à la rente, avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit (ATF 133 V 108 consid. 5.4 p. 114 cité par la juridiction cantonale). Une communication, au sens de l'art. 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*).

4.

Lorsque les conditions d'une révision de rente ne sont pas ouvertes, il reste encore, cas échéant, à examiner celles de la reconsidération de la décision d'octroi de la rente (ATF 119 V 475 consid. 1b/cc), reconsidération notamment prévue par l'art. 53 al. 2 LPGA.

Cette disposition prévoit que l'assureur peut revenir sur les décisions ou les décisions sur opposition formellement passées en force lorsqu'elles sont manifestement erronées et que leur rectification revêt une importance notable. Par ce biais, on corrigera une application initiale erronée du droit, de même qu'une constatation erronée résultant de l'appréciation des faits (ATF 115 V 314 consid. 4a/cc).

4.1. Selon la jurisprudence, pour juger s'il est admissible de reconsidérer pour le motif qu'une décision est sans doute erronée, il faut se fonder sur la situation juridique existant au moment où cette décision est rendue, compte tenu de la pratique en vigueur à l'époque (ATF 125 V 383 consid. 3 et les références citées). Par le biais de la reconsidération, on corrigera une application initiale erronée du droit, de même qu'une constatation erronée résultant de l'appréciation des faits. Un changement de pratique ou de jurisprudence ne saurait en principe justifier une reconsidération (ATF 117 V 8 consid. 2c ; 115 V 308 consid. 4a/cc).

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

erronée au sens de la reconsidération (cf. arrêts TF 8C\_918/2013 du 19 mars 2014 consid. 3.3.2 ; 9C\_307/2011 du 23 novembre 2011 consid. 3.2).

5.

Est litigieuse la réduction aux trois-quarts de rente de la rente entière accordée dès le 1<sup>er</sup> décembre 2009.

Le recourant estime avoir encore droit à la rente entière qui lui avait été octroyée. Il soutient en effet que l'autorité intimée n'a pas démontré une amélioration de ses problèmes de dos depuis le prononcé de la précédente décision, une péjoration ayant même été constatée.

Quant à l'autorité intimée, elle se réfère à l'appréciation du Dr C.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, selon lequel subsiste depuis 2011 une capacité de travail à 50% dans une activité adaptée, sans diminution de rendement. Elle relève également que le recourant a bénéficié de mesures d'ordre professionnel sous forme de deux stages qui ont à chaque fois été interrompus prématurément, le recourant se prévalant de certificats médicaux.

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

#### 5.1. *Situation initiale*

L'assuré, né en 1958, sans formation professionnelle particulière, qui avait notamment travaillé comme magasinier et chauffeur-livreur dans différentes entreprises, a déposé une demande de mesures de réinsertion professionnelle le 13 juin 1990 en raison d'un « *début d'hernie discale* » (dossier OAI, pièce 1).

L'assuré a ensuite retrouvé un emploi, apparemment sans avoir bénéficié du soutien de l'assurance-invalidité.

Après avoir tout de même été opéré d'une hernie discale le 7 janvier 1999, il a déposé une nouvelle demande AI pour ce motif le 6 mai 1999 (dossier OAI, pièce 7), demande réitérée le 6 avril 2001 pour « *hernie discale avec récurrence aggravée* » (dossier OAI, pièce 46).

Par décision du 10 janvier 2003, une rente entière temporaire lui a été octroyée du 1<sup>er</sup> janvier au 31 octobre 2000 (dossier OAI, pièce 79).

Dès le début de l'année 2002, l'assuré a débuté une activité de veilleur de nuit auprès de la Fondation B.\_\_\_\_\_ (dossier OAI, pièces 65 et 66).

Le 20 octobre 2006, il a subi une nouvelle intervention chirurgicale (« *cure d'hernie discale L4/L5* »), pratiquée par le Dr D.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur (dossier OAI, pièce 90). Il a ensuite pu reprendre son activité de veilleur de nuit.

#### 5.2. *Demande du 4 juin 2009 et décision d'octroi de rente du 6 juin 2011*

Dès le 8 octobre 2008, le médecin traitant de l'assuré, le Dr E.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, a attesté d'une incapacité de travail totale dans toute activité.

Dans un rapport du 15 juin 2009, il a mentionné le diagnostic de « *fibrose péri-radriculaire L5 gauche depuis octobre 2008* » et le développement, dès l'automne 2008, de « *sciatalgies non déficitaires gauches* » interdisant toute activité au vu de l'importance des douleurs (dossier OAI, pièce 90, p. 280ss.). Un rapport d'IRM de la colonne lombaire réalisé le 29 octobre 2008 avait mis en évidence une « *discopathie L4/L5 et troubles dégénératifs de type II au même niveau* », une « *dessiccation des 3 derniers disques lombaires* », une « *formation de tissu cicatriciel au niveau du récessus latéral gauche pouvant être à l'origine d'un syndrome irritatif de L4 et de L5 à gauche, sans évidence de récurrence herniaire* », ainsi que d'une « *hernie discale médiolatérale droite en L5/S1 au contact de la racine S1 droite* » (dossier OAI, pièce 90, p. 285).

Le 4 juin 2009, l'assuré a déposé une nouvelle demande AI, en invoquant des « *problèmes de dos / hernie discale* » présents depuis « *environ 1989* » (dossier OAI, pièce 85).

Un stage d'évaluation professionnelle de 3 mois à 50%, dès le 9 août 2010, a été mis en œuvre par l'assurance-invalidité (dossier OAI, pièce 128). Cette mesure a toutefois dû être interrompue après quelques semaines sur la base d'une nouvelle incapacité de travail totale attestée par le Dr E. \_\_\_\_\_ (dossier OAI, pièce 137).

Le Dr F. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique, avait pour sa part été chargé de réaliser une expertise orthopédique. Dans son rapport du 19 janvier 2011, ce médecin avait retenu les diagnostics de « *récurrence de hernie discale L4-L5 gauche, luxée et comprimant la racine L5 gauche avec discarthrose associée* » et de « *discopathie protrusive et ostéochondrose L5-S1* », avec nette aggravation un mois auparavant. Il avait recommandé une opération dans les plus brefs délais et s'était prononcé très clairement sur l'inexigibilité totale de toute activité professionnelle dans l'intervalle (« *il ne fait pas l'ombre d'un doute que dans l'état actuel des choses, aucune activité n'est exigible* » ; dossier OAI, pièce 148).

Sur la base de cette expertise, en retenant une incapacité de travail totale dans toute activité professionnelle, l'OAI avait rendu, le 6 juin 2011, une décision d'octroi de rente dès le 1<sup>er</sup> décembre 2009, qui confirmait un projet du 7 février 2011 (dossier OAI, pièces 151 et 153).

### 5.3. Révision d'office de 2012

Dans l'intervalle, l'intervention recommandée (spondylodèse L4-L5) par l'expert avait été réalisée le 28 février 2011 par le Dr D. \_\_\_\_\_, qui avait déjà opéré l'assuré en 2006 (dossier OAI, pièce 164, p. 463-464).

La rente a ensuite fait l'objet d'une procédure de révision d'office en 2012, qui a abouti au constat que celle-ci demeurait due.

Dans le cadre de la procédure de révision, l'avis du médecin traitant, le Dr E. \_\_\_\_\_, avait été demandé. Dans un rapport du 16 mai 2012, celui-ci avait indiqué un état de santé stationnaire, précisant que l'opération avait eu « *malheureusement peu d'effet* » (dossier OAI, pièce 164, p. 461-462). Il avait confirmé l'inexigibilité de l'activité antérieure, tout en précisant qu'une activité adaptée (« *travail léger en positions variées, pas de port de charges, de mouvements extrêmes du tronc, d'escaliers* ») était envisageable 3 à 4 heures par jour, avec une diminution de rendement de 50% (dossier OAI, pièce 163).

Quant au chirurgien traitant, le Dr D. \_\_\_\_\_, qualifiant l'état de santé de « *stationnaire* », il s'était prononcé le 9 juillet 2012 sur la capacité résiduelle : « *le patient n'est pas encore prêt à*

*reprendre un travail à cause des blocages qui sont encore fréquents qu'il présente et des limitations fonctionnelles. Sa qualité de vie est déjà assez limitée et je pense qu'une reprise du travail dans un domaine adapté dans l'immédiat ou une reprise même partielle à 20 voire 30% soit possible. Une nouvelle évaluation se fera dans une année »* (dossier OAI, pièce 165).

La rente entière avait ainsi été confirmée sans modification par décision du 17 septembre 2012 (dossier OAI, pièce 167), sans que l'OAI ne juge nécessaire de mettre en œuvre d'autres mesures d'investigation.

5.4. Il ressort de ces éléments que l'OAI, dans sa décision du 6 juin 2011 comme dans celle du 17 septembre 2012, avait admis sans réserve le bien-fondé d'une incapacité de travail totale découlant des atteintes de L4-L5 et L5-S1, malgré l'éventuelle possibilité de réinsertion professionnelle envisagée à terme par les médecins traitants.

A cette époque, l'échec d'un premier stage d'évaluation professionnelle avait été mis sur le compte de ses problèmes de santé.

Dans un tel contexte, l'assuré pouvait prétendre à une rente entière d'invalidité.

6.

Une nouvelle procédure de révision d'office a été entamée le 13 novembre 2013 (dossier OAI, pièce 169).

#### 6.1. Première expertise

Le 15 janvier 2014, le Dr D.\_\_\_\_\_ a qualifié l'évolution de « *plutôt défavorable avec la persistance des douleurs du bas du dos et la réapparition d'une irradiation dans la jambe gauche dans un territoire L5* ». Il a toutefois mentionné l'existence d'un potentiel de réinsertion, sans autre précision (dossier OAI, pièce 175).

Le Service médical régional de l'OAI (SMR), par la voix du Dr G.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, a indiqué dans une appréciation du 1<sup>er</sup> avril 2014 n'avoir « *pas trouvé d'argument* » dans le sens d'une amélioration de l'état de santé depuis la décision du 11 avril 2014, tout en recommandant la mise en œuvre d'une expertise orthopédique pour évaluer le potentiel de réinsertion (dossier OAI, pièce 176).

Une première expertise a ainsi été confiée au Dr H.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. Dans son rapport du 6 janvier 2015 (dossier OAI, pièce 183), celui-ci avait affirmé que « *l'état de santé s'est amélioré dès le 1<sup>er</sup> juillet 2011, date de guérison de la dernière intervention chirurgicale* » (rapport, p. 35). S'agissant de la capacité résiduelle, il avait retenu que l'activité antérieure n'était plus exigible, mais qu'il existait une capacité de travail pleine et entière à consolidation de la spondylodèse, soit dès le 1<sup>er</sup> juillet 2011, dans une activité adaptée (p. 31) respectant les limitations fonctionnelles de classe 3 (*charges de plus de 5 kg position accroupie, ramper et grimper, mouvements de flexion, extension ou torsion de la colonne lombaire, marcher longtemps, marche en terrain accidenté ou glissant, vibrations, escaliers, échafaudages, posture debout ou assise plus de 30 ou 60 minutes, mouvements répétitifs des membres inférieurs* ; p. 39). Il avait toutefois signalé l'apparition d'un nouveau diagnostic depuis la décision du 11 avril 2011, à savoir une « *zygarthrose L5/S1* » mentionnée par le chirurgien traitant (p. 35).



Le SMR a cependant considéré ce rapport d'expertise comme non probant le 21 janvier 2015, en raison notamment d'une anamnèse des plaintes incomplète, de l'impression du compte-rendu des examens pratiqués et du manque d'argumentation relative à l'existence d'une capacité de travail entière et de l'amélioration de l'état de santé après la spondylodèse, en contradiction avec l'avis des médecins traitants (dossier OAI, pièce 185).

L'OAI a dès lors demandé de nouveaux rapports médicaux aux médecins traitants.

A cette occasion, le Dr E. \_\_\_\_\_ a déclaré dans un rapport du 8 avril 2015 que la situation s'était aggravée depuis le mois de mars 2015, en raison de l'apparition d'un problème cervical. Pour le surplus, le status était inchangé (dossier OAI, pièce 197, p. 563-564). Un rapport d'IRM de la colonne cervicale du 27 février 2015 avait en effet mis en évidence une « *myélopathie cervicoarthrosique de niveau C3 étendue sur 7 mm en rapport avec sténose canalaire C3-C4 sur discopathie* », des « *protrusions postéro-médiane et postéro-latérale gauches C3-C4, postéro-médiane C4-C5* », des « *discopathies cervicales étagées générant des rétrécissements foraminaux C3-C4 et C4-C5 droits ainsi que C5-C6 bilatéraux modérés* », ainsi que des « *remaniements articulaires postérieurs étagés modérés* » (dossier OAI, pièce 197, p. 566-567). Le médecin traitant a dès lors considéré que plus aucune activité, même adaptée, n'était désormais exigible (dossier OAI, pièce 198), ce qu'il a confirmé dans un rapport du 30 juin 2015 (dossier OAI, pièce 207).

Quant au Dr I. \_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, consulté le 16 mars 2015 en raison de cette nouvelle atteinte, il a retenu le diagnostic de « *syndrome cervico-radiculaire C6 à droite* », n'impliquant toutefois selon lui aucune limitation fonctionnelle supplémentaire (dossier OAI, pièce 196).

## 6.2. Seconde expertise

Une nouvelle expertise a alors été mise en œuvre auprès du Dr C. \_\_\_\_\_. Dans son rapport du 7 janvier 2016, qui faisait suite à un examen clinique réalisé le 16 décembre 2015 (dossier OAI, pièce 221), cet expert a retenu les diagnostics suivants : « *lombalgies chroniques avec des sciatalgies non déficitaires, surtout à gauche, évoluant depuis 1985 ; probable fibrose péri-radiculaire L5 gauche ; syndrome rotulien bilatéral plus marqué à gauche qu'à droite sur probable chondropathie rotulienne ; cervicalgies sur troubles dégénératifs avec possible myélopathie au niveau C3, évoluant depuis février 2015 ; discopathie avancée L5-S1* » (rapport, p. 16). Il a considéré qu'il s'agissait d'un cas de « *failed back surgery syndrom* », pour lequel aucun traitement n'était susceptible d'améliorer l'état de santé (p. 17), et a affirmé que les interventions de 2006 et 2011 n'avaient « *pas eu de résultats favorables* » (p. 19).

Il a ainsi affirmé que l'état de santé, s'agissant des lombosciatalgies, n'avait subi aucun changement depuis 2011. Il a en revanche signalé l'apparition de « *cervicalgies sur troubles dégénératifs* » dès 2015, qui « *ne modifient pas la capacité de travail mais sont à l'origine de nouvelles limitations fonctionnelles* » (éviter les positions statiques de la nuque ; p. 19).

Il a également déclaré que l'échec du stage d'évaluation professionnelle débuté en août 2010 était entièrement en relation avec les troubles somatiques constatés, en raison d'une « *exacerbation de la symptomatologie douloureuse* », résultant selon l'assuré de l'impossibilité d'alterner les positions (p. 17).

Il a estimé que les métiers exercés par le passé n'étaient plus exigibles (p. 19), tout en admettant en revanche l'existence d'un potentiel de réinsertion et la possibilité de nouvelles mesures de réadaptation professionnelle, à un taux de 50%, dans une activité parfaitement adaptée (p. 18). Les limitations fonctionnelles ont été décrites de la manière suivante : « *travail sédentaire ou semi-sédentaire dans lequel il puisse alterner à sa guise la position debout avec la position assise. Doit éviter les travaux penchés en avant. Doit éviter le port de charges supérieur à 5 kg. Doit éviter les positions statiques de la nuque* » (p. 15).

L'expert a ainsi conclu à l'exigibilité d'une activité adaptée à 50% dès « *6 mois après l'intervention d'octobre 2006* » (p. 19), tout en signalant des « *phénomènes d'accoutumance en raison d'une inactivité professionnelle depuis de nombreuses années* » susceptible de réduire les chances de réinsertion professionnelle (p. 15).

### 6.3. Investigations ultérieures, octroi de mesures professionnelles et décision litigieuse

6.3.1. Le 23 février 2016, suite à ce dernier rapport d'expertise, l'assuré a déclaré à l'OAI qu'il était favorable à la mise en œuvre des mesures professionnelles recommandées par l'expert (dossier OAI, pièce 223), ce qu'il a ensuite confirmé le 16 janvier 2017 (dossier OAI, pièce 240).

Il a néanmoins continué à consulter des médecins.

Dans un rapport du 17 mai 2016, la Dresse J.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, a ainsi eu l'occasion de confirmer le diagnostic de « *syndrome cervical et lombo-vertébral* » avec « *déficit sensitif sur le dermatome L5 distal* ». Elle a en revanche exclu la présence d'une « *radiculopathie cervicale* » ou d'une « *myélopathie cervicale* » (dossier OAI, pièce 231, p. 642-644).

Dans un rapport du 22 juin 2016, le Dr K.\_\_\_\_\_, spécialiste en neuroradiologie, a pour sa part signalé une « *sténose dynamique du segment L3-L4 avec déformité (...) et impingement radiculaire L4 bilatéral* », une « *discopathie L5-S1 massive avec forte résorption du disque et avec une sténose foraminale bilatérale modérée* », ainsi qu'une « *arthrose facettaire bilatérale massive au niveau L5-S1 et arthrose ilio-sacrée bilatérale marquée* » (dossier OAI, pièce 290, p. 762-764).

Quant au Dr D.\_\_\_\_\_, consulté le 7 juillet 2016, il a affirmé que l'état de santé s'était même aggravé, en mentionnant le diagnostic de « *nucalgies sur arthrose multi-étagée de la colonne cervicale* », parallèlement aux diagnostics précédents (« *lombo-sciatalgies G persistantes ; status post spondylodèse L4-L5 ; status cure d'hernie discale L4-L5 ; petite hernie discale foraminale L5-S1* » ; rapport du 7 juillet 2016, dossier OAI, pièce 234). Il a également mentionné une évolution « *défavorable avec des décompensations sus et sous-jacentes à la spondylodèse* » et a recommandé une nouvelle intervention (rapport du 8 juillet 2016, dossier OAI, pièce 257, p. 696-697). Comme dans son précédent rapport de 2014, il a à nouveau mentionné l'existence d'un potentiel (même partiel) de réinsertion professionnelle (dossier OAI, pièce 234).

Dans un complément d'expertise du 21 septembre 2016, le Dr C.\_\_\_\_\_ a confirmé ses précédentes conclusions, en rappelant que les chances de succès d'une nouvelle intervention chirurgicale étaient très faibles (dossier OAI, pièce 238).

Le cas a été soumis au Dr G.\_\_\_\_\_ du SMR qui, le 17 octobre 2016, a confirmé l'exigibilité d'une activité adaptée à 50%, au motif que « *les arguments du Dr C.\_\_\_\_\_ sont probants* » (dossier OAI, pièce 239).

Par décision du 14 mars 2017, un stage de réinsertion professionnelle à 50% a dès lors été organisé du 13 mars au 11 avril 2017 (dossier OAI, pièce 247).

6.3.2. Mais ce stage a dû être interrompu en raison de douleurs cervicales, attestées par le Dr E. \_\_\_\_\_ (dossier OAI, pièce 251). Le 6 mai 2017, celui-ci a déclaré à l'OAI que la situation n'était « *actuellement pas du tout stabilisée avec persistance de symptômes fortement invalidants malgré les traitements entrepris* » et qu'il paraissait « *illusoire à l'heure actuelle d'améliorer cette situation* » et d'envisager une capacité de travail, même restreinte (dossier OAI, pièce 258). Le 17 mai 2017, il a confirmé que l'état de santé s'était aggravé depuis l'examen réalisé par l'expert le 16 décembre 2015 (dossier OAI, pièce 259), confirmant l'incapacité de travail totale.

Le 22 mai 2017, le SMR, par la voix du Dr L. \_\_\_\_\_, spécialiste en anesthésiologie, a considéré qu'aucune aggravation de l'état de santé n'était démontrée, ni même rendue plausible, et qu'il convenait de valider l'appréciation de la capacité de travail faite par l'expert au détriment de celle du médecin traitant (dossier OAI, pièce 261).

L'OAI a dès lors informé l'assuré qu'il était tenu de poursuivre la mesure professionnelle octroyée et qu'à défaut, la rente serait réduite (dossier OAI, pièces 256 et 268).

Dans ces conditions, ce dernier a déclaré le 11 juillet 2017 qu'il acceptait de poursuivre le stage initialement prévu (dossier OAI, pièce 270).

6.3.3. Une nouvelle décision d'octroi de mesures professionnelles, sous forme d'un stage de préparation à une activité professionnelle du 4 septembre au 8 décembre 2017, à un taux de 50%, a dès lors été rendue le 30 août 2017 (dossier OAI, pièce 273).

A nouveau, cette mesure a été interrompue en raison d'une incapacité de travail totale attestée par le médecin traitant dès le 12 septembre 2017, en présence d'une « *décompensation [de] lombosciatalgies connues par surcharge* » (dossier OAI, pièce 275).

Une IRM de la colonne lombo-sacrée a été réalisée le 10 octobre 2017, mettant en évidence une « *discopathie [L3-L4], sans protrusion focale, favorisant un rétrécissement canalaire relatif* », une « *discopathie [L5-S1] avec protrusion focale postéro-médiane réalisant un refoulement radiculaire S1 droit, favorisant une sténose canalaire significative (...) et des rétrécissements foraminaux relatifs* », ainsi qu'une « *fibrose épidurale antérieure L4-L5* » (dossier OAI, pièce 290, p. 758-759).

Invité à se déterminer sur ce nouvel examen, le Dr L. \_\_\_\_\_ a déclaré le 20 novembre 2017 que cet examen confirmait la stabilité de la spondylodèse et montrait une évolution normale à cet égard. Il a ainsi confirmé que les conclusions de l'expertise orthopédique du 7 janvier 2016 demeuraient valides (dossier OAI, pièce 291).

C'est dans ce contexte que l'autorité intimée a rendu le projet de décision de réduction de la rente d'invalidité le 22 novembre 2017, confirmé par décision formelle le 16 février 2018, au motif que l'expertise orthopédique du 7 janvier 2016 avait démontré une amélioration de l'état de santé et l'exigibilité d'une activité adaptée à 50% sans diminution de rendement depuis 2011 (dossier OAI, pièces 292 et 303).

7.

La première question sur laquelle la Cour est amenée à se prononcer est celle de savoir si les conditions d'une révision au sens de l'art. 17 LPGA sont remplies, en ce sens que l'état de santé

du recourant se serait amélioré au point de justifier une réduction de la rente entière octroyée jusqu'alors.

Contrairement à ce qu'a sous-entendu le SMR dans son appréciation du 22 mai 2017, il n'est par contre pas nécessaire de vérifier si le recourant a démontré une aggravation de son état de santé depuis l'octroi de la rente entière, puisqu'une incapacité totale de travail avait alors été reconnue dans toute activité.

7.1. Il n'est pas contesté que ce dernier souffre de troubles lombaires, à savoir de discopathies L3-L4 et L5-S1, respectivement sans et avec protrusion focale, accompagnés d'une fibrose L4-L5, ainsi que de nouveaux troubles cervicaux (nucalgies sur arthrose de la colonne cervicale). Seule l'étendue de l'incapacité de travail découlant de ces atteintes est contestée, au vu des conclusions divergentes des experts et des médecins traitants.

Pour mémoire, les diagnostics pris en considération par l'OAI en 2011 pour justifier l'octroi de la rente entière d'invalidité étaient une « *récidive de hernie discale L4-L5 gauche, luxée et comprimant la racine L5 gauche avec discarthrose associée* » ainsi qu'une « *discopathie protrusive et ostéochondrose L5-S1* », selon l'expertise orthopédique du Dr F. \_\_\_\_\_ du 19 janvier 2011 (cf. consid. 5.1.2).

On notera par ailleurs que la spondylodèse L4-L5, qui avait été recommandée par cet expert, avait été réalisée le 28 février 2011, soit avant la décision d'octroi de rente du 6 juin 2011.

Le tableau clinique semble ainsi être globalement superposable à celui qui prévalait à l'époque de la première décision – à l'exclusion des nouvelles atteintes cervicales – et qui avait justifié l'octroi de la rente entière.

Même si le Dr L. \_\_\_\_\_ affirme que les nouveaux examens démontrent une évolution normale après spondylodèse, laquelle paraît désormais consolidée, force est de constater qu'une telle appréciation contredit non seulement les déclarations du chirurgien traitant, qui signalait le 7 juillet 2016 une évolution « *défavorable avec des décompensations sus et sous-jacentes à la spondylodèse* », mais également celles de l'expert C. \_\_\_\_\_, qui a affirmé dans son rapport du 7 janvier 2016 que l'intervention de 2011 n'avait « *pas eu de résultats favorables* ».

Une telle conclusion ne saurait dès lors être suivie.

Dans ces conditions, on ne voit pas en quoi l'état de santé du recourant, aujourd'hui âgé de presque 60 ans, aurait subi une amélioration significative depuis 2011, d'autant moins que de nouveaux troubles de nature dégénérative (arthrose de la colonne cervicale) sont depuis lors apparus.

7.2. Les conclusions de l'expert C. \_\_\_\_\_ s'agissant de la capacité résiduelle de travail ne constituent au contraire tout au plus qu'une nouvelle appréciation médicale relative à une situation qui n'a, en fin de compte, pas réellement changé. En particulier, le fait de remettre en question, en 2016, une incapacité de travail reconnue en 2011, ne saurait être considéré autrement que comme une nouvelle appréciation « *ex tunc* ». Or, comme mentionné ci-dessus (cf. consid. 3.1.), une simple appréciation différente d'un état de fait, qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé, ne permet pas une révision au sens de l'art. 17 LPGA.

Partant, les conclusions de cette nouvelle expertise ne constituent pas un motif suffisant pour permettre une remise en cause du taux d'invalidité reconnu à l'époque.

La position retenue par l'OAI dans sa décision de réduction de rente du 16 février 2018 ne résulte donc pas d'une modification avérée et objective des circonstances médicales, mais au contraire d'une seule appréciation différente d'une situation similaire.

Il ne saurait ainsi être considéré comme établi, au degré de la vraisemblance prépondérante, que l'état de santé du recourant se soit effectivement sensiblement amélioré en comparaison avec celui sur la base duquel l'OAI avait initialement octroyé la rente entière d'invalidité.

7.3. Le fait que les mesures d'ordre professionnel mises en œuvre par l'OAI aient été interrompues prématurément à deux reprises, en raison d'un arrêt de travail complet attesté par le médecin traitant, n'y change rien.

En effet, comme il vient d'être dit, l'existence d'une capacité de travail résiduelle à 50% dans une activité adaptée ne peut être considérée comme suffisamment établie. Dans ces conditions, il n'était pas admissible d'exiger du recourant qu'il se soumette à de telles mesures de reclassement, mesures qu'il avait probablement accepté sous la pression des exigences de l'OAI.

Par ailleurs, un tel échec, pour exactement les mêmes raisons médicales, avait également été constaté en 2010, mais cela n'avait pas été reproché au recourant. On ne voit pas pourquoi il en irait autrement aujourd'hui, d'autant moins que l'expert C. \_\_\_\_\_ avait indiqué comprendre ce premier échec.

Partant, l'OAI n'était pas légitimé à se fonder sur cet argument pour justifier une réduction de la rente octroyée au recourant.

8.

Une réduction de la rente entière par la voie de la révision étant ainsi exclue, il reste à examiner la possibilité d'une reconsidération au sens de l'art. 53 al. 2 LPGA.

D'après l'art. 53 al. 2 LPGA, l'assureur peut revenir sur les décisions ou les décisions sur opposition formellement passées en force lorsqu'elles sont manifestement erronées et que leur rectification revêt une importance notable.

Dans cette démarche, il faut vérifier si, au moment du dernier examen matériel du droit à la rente, soit en l'espèce lorsque la décision du 6 juin 2011 octroyant le droit à une rente entière avait été rendue, l'OAI avait retenu une solution manifestement erronée.

8.1. Il a été constaté ci-dessus que lorsque l'OAI a octroyé la rente entière, il avait à sa disposition une expertise orthopédique dont les conclusions avaient été jugées pleinement probantes, y compris sur la question de l'incapacité de travail, qu'il avait formellement considérée comme totale dans toute activité : *« il ne fait pas l'ombre d'un doute que dans l'état actuel des choses, aucune activité n'est exigible »* (dossier OAI, pièce 148).

Le médecin traitant s'était également prononcé sur cette question, estimant que les douleurs justifiaient une incapacité totale.

On ne saurait dès lors revenir aujourd'hui sur ces différents éléments pour affirmer que la décision du 6 juin 2011 était, au moment même où elle a été rendue, manifestement erronée.

Par ailleurs, le droit à la rente entière avait ensuite été confirmé lors d'une procédure de révision d'office effectuée dans le courant de l'année 2012. Dans ce cadre, l'OAI s'était fondé sur l'avis des Dr E.\_\_\_\_\_ et D.\_\_\_\_\_, qui qualifiaient tous deux l'état de santé de « *stationnaire* », et avait ainsi confirmé la rente entière sur cette base, même si le médecin traitant évoquait la possibilité d'une activité adaptée à un taux réduit.

Ainsi, dans la mesure où l'OAI n'a nullement jugé bon de revoir la situation au moment de cette procédure de révision, mais s'est au contraire contenté de reconnaître l'absence d'évolution positive de l'état de santé, il ne saurait être aujourd'hui question de considérer que l'octroi de la rente entière en 2011 et sa confirmation en 2012 résultaient d'une erreur d'appréciation manifeste.

Considérer par ailleurs que l'avis de ces médecins, jugés fiables en 2011 et 2012, ne le serait plus aujourd'hui, ne s'explique pas vraiment, sinon sous l'angle de la simple conviction qu'il faut à présent absolument réduire cette rente.

On a peine à comprendre cela, surtout dans le cas tout particulier d'un assuré souffrant d'une atteinte dégénérative et allant sur sa soixantaine.

Quoi qu'il en soit, il n'appartient pas à la Cour de céans de « corriger » la solution apportée au cas du recourant en 2011, qui ne semble plus convenir aux gestionnaires actuels de son dossier, mais qui était alors tout à fait conforme au droit et semblait correspondre aux atteintes médicales et aux limitations entraînées.

8.2. Compte tenu de tout ce qui précède, dans la mesure où ni les conditions d'une révision-suppression, ni celles d'une reconsidération n'étaient remplies, la décision du 16 février 2018, réduisant la rente entière aux trois-quarts de rente dès le 1<sup>er</sup> avril 2018, n'est pas conforme au droit.

Il s'ensuit l'admission du recours.

9.

9.1. La procédure n'étant pas gratuite en assurance-invalidité, des frais de justice sont mis à la charge de l'OAI qui succombe, par CHF 800.-.

Dans le même temps, l'avance de frais versée le 23 avril 2018 par le recourant lui est restituée.

9.2. Vu l'issue du litige, le recourant a droit à une indemnité de partie.

Son avocate a produit le 28 juin 2018 une note d'honoraires exposant chacune des opérations effectuées. La note de frais totalise CHF 6'892.80, TVA incluse (CHF 6'300.- à titre d'honoraires pour 21 heures au tarif de CHF 300.-/heure, CHF 492.80 à titre de la TVA au taux de 7.7% et CHF 100.- à titre de débours).

Celle-ci doit donc être corrigée conformément aux art. 146ss du code du 23 mai 1991 de procédure et de juridiction administrative (CPJA; RSF 150.1) et du tarif du 17 décembre 1991 des frais de procédure et des indemnités en matière de juridiction administrative (Tarif/JA; RSF 150.12), qui prévoit l'application d'un tarif horaire de CHF 250.- (art. 8 al. 1).

Par ailleurs, son intervention, dans le cadre d'une procédure de surcroît soumise à la maxime d'office, pouvait ainsi se limiter à des opérations relativement simples, qui ne sauraient représenter plus de 17 heures de travail, ce qui représente le nombre d'heures strictement nécessaires à effectuer dans ce type d'affaire, où il ne s'agissait au fond que de démontrer que l'état de santé n'avait pas subi de réelle modification au cours des 6 dernières années.

Partant, il convient de fixer l'équitable indemnité due au recourant à CHF 4'250.-, soit 17 heures à CHF 250.-. A cela s'ajoutent les débours par CHF 100.- et CHF 327.25 au titre de la TVA au taux de 7.7%.

Ce montant, d'un total de 4'677.25, est intégralement mis à la charge de l'autorité intimée qui succombe.

### **la Cour arrête :**

I. Le recours est admis.

Partant, la décision du 16 février 2018 est annulée et la rente entière d'invalidité est maintenue.

II. Les frais de justice, fixés à CHF 800.-, sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg.

L'avance de frais de CHF 800.- versée le 23 avril 2018 par le recourant lui est restituée.

III. Il est alloué au recourant une indemnité de partie, fixée à CHF 4'677.25, dont CHF 327.25 au titre de la TVA (7.7%), mise intégralement à la charge de l'autorité intimée.

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 mars 2019/isc

Le Président :

La Greffière :