



**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

608 2019 332

Arrêt du 15 juillet 2020

II^e Cour des assurances sociales

Composition

Président : Johannes Frölicher
Juges : Anne-Sophie Peyraud, Marc Sugnaux
Greffière-rapporteuse : Carine Sottas

Parties

A._____, **recourante**, représentée par Me Alexandra Farine Fabbro, avocate

contre

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

Objet

Assurance-invalidité (refus d'augmentation de la rente)

Recours du 12 décembre 2019 contre la décision du 7 novembre 2019

considérant en fait

A. A._____, née en 1959, mariée, domiciliée à B._____, a travaillé comme aide-bouchère à plein temps jusqu'en 2011, puis à 50% jusqu'en mai 2014. Elle a ensuite cessé toute activité.

Le 21 mai 2012, elle a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg (ci-après OAI) en raison d'une spondylarthrite HLA-B27 négatif. Par décision du 8 juillet 2014, l'OAI lui a octroyé un $\frac{3}{4}$ de rente dès le 1^{er} novembre 2012 en raison de ses troubles physiques.

Dans le cadre d'une demande de révision du 29 juin 2016, l'OAI a, par décision du 7 novembre 2019, notamment sur la base d'une expertise rhumatologique et d'une expertise psychiatrique, refusé d'augmenter la rente au motif que l'état de santé de l'assurée ne s'était pas aggravé et que la capacité de travail restait inchangée.

B. Le 12 décembre 2019, A._____, représentée par Me Alexandra Farine Fabbro, avocate, interjette recours contre cette décision auprès du Tribunal cantonal et conclut, sous suite de frais et dépens, à l'octroi d'une rente entière dès le 30 juin 2016. A l'appui de ses conclusions, elle soutient que la décision attaquée ne tient pas compte de tous les aspects et rapports en lien avec son état de santé puisqu'elle se base sur l'expertise rhumatologique du 23 décembre 2017, qui affirme que son état de santé ne s'est pas détérioré et qui est la seule à considérer qu'elle pourrait exercer son ancienne activité d'aide-bouchère, même à 40%. Par ailleurs, l'expert-rhumatologue n'indique pas en quoi les rapports du rhumatologue traitant et la précédente expertise rhumatologique de 2013 seraient erronés, de sorte que son expertise est subjective et ne saurait emporter conviction. Elle allègue qu'au contraire, son état de santé n'a cessé de se péjorer, avec des douleurs et limitations réelles et éprouvantes.

La recourante s'est acquittée le 13 janvier 2020 d'une avance de frais de CHF 800.-.

Dans ses observations du 21 janvier 2019, l'OAI conclut au rejet du recours.

C._____, caisse de pension de la recourante, a été appelée en cause le 23 janvier 2020 en sa qualité de fonds de prévoyance intéressé auquel la décision attaquée a été notifiée. Le 7 février 2020, elle relève que les parties sont en désaccord sur l'évaluation de la capacité de travail actuelle de la recourante et qu'elle-même est d'avis que les arguments de l'OAI semblent parfaitement fondés.

Aucun autre échange d'écriture n'a été ordonné entre les parties.

Il sera fait état des arguments, développés par elles à l'appui de leurs conclusions, dans les considérants en droit du présent arrêt, pour autant que cela soit utile à la solution du litige.

en droit

1.

Interjeté en temps utile et dans les formes légales auprès de l'autorité judiciaire compétente par une assurée directement touchée par la décision attaquée et dûment représentée, le recours est recevable.

2.

2.1. 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.

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. La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant *lege artis* sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 346 consid. 5.3 et 6).

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 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).

Selon l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité à accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et si au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins. En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, 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.

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).

De même, le simple fait qu'un certificat médical est établi à la demande d'une partie ne justifie pas, en soi, des doutes quant à sa valeur probante; une expertise privée peut ainsi également valoir comme moyen de preuve. Pour qu'un avis médical puisse être écarté, il est nécessaire qu'il existe des circonstances particulières qui permettent de justifier objectivement les doutes émis quant à l'impartialité ou au bien-fondé de l'évaluation (arrêt TF 9C_276/2015 du 10 novembre 2015 consid. 4.3).

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

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

3.

En l'espèce, est litigieuse la question du droit de la recourante à l'augmentation de son $\frac{3}{4}$ de rente à une rente entière en raison de la péjoration alléguée de son état de santé. Il convient dès lors d'examiner si ses troubles se sont aggravés et/ou si leur influence sur la capacité de travail s'est modifiée depuis la dernière décision entrée en force, à savoir celle du 8 juillet 2014.

3.1. A ce moment-là, tant le Dr D._____, spécialiste en rhumatologie et médecine interne générale, et médecin traitant de la recourante, que la Dre E._____, spécialiste en rhumatologie et en médecine physique et réadaptation, qui a réalisé une expertise rhumatologique le 30 septembre 2013, s'accordaient sur le diagnostic, la capacité de travail et les limitations fonctionnelles (cf. notamment rapports du 16 juillet 2012 et du 18 décembre 2012 du Dr D._____, dossier OAI p. 114 et 154; expertise rhumatologique du 30 septembre 2013, dossier OAI p. 186). Ils renaient ainsi, avec influence sur la capacité de travail, une spondylarthrite HLA B-27 négatif, ainsi que les limitations fonctionnelles suivantes: pas de position statique assise ou debout prolongée, changements fréquents de position possibles, pas de position soutenue ou de mouvements itératifs contraignants pour le rachis dorso-lombaire en flexion/extension/torsion/inclinaison du tronc, pas de mouvement itératif d'agenouillement/relèvement, pas de travail en position agenouillée, pas de travail sur échelle ni échafaudage, pas de port itératif de charges supérieur à 5kg, pas de marche sur terrain irrégulier, marche sur terrain régulier limitée à 100-200m et de façon non itérative, pas de montée ni de descente itérative des escaliers, respectivement des pentes, pas de travail avec des engins émettant des vibrations, pas d'environnement froid ni humide, ni de brusques variations de température. La Dre E._____ avait également retenu comme diagnostics sans influence sur la capacité de travail des cervicalgies chroniques dans le cadre de troubles dégénératifs et des gonalgies bilatérales sur début de gonarthrose fémoro-tibiale.

L'assurée souffrait de douleurs scapulaires dans les épaules des deux côtés et un peu dans la région interscapulaire, sans irradiation occipitale ni dans les membres supérieurs des deux côtés, et de douleurs lombaires basses irradiant dans les deux fesses mais sans se propager dans les membres inférieurs des deux côtés. La mobilité de la colonne cervicale était limitée et les douleurs augmentaient à la station debout ou assise prolongée et lors du port de charges. Elles entraînaient une gêne dans la mobilité et une raideur matinale assez sévère pendant 20 à 30 minutes au moment de l'expertise rhumatologique (rapport du 16 juillet 2012 du Dr D._____; expertise rhumatologique du 30 septembre 2013). Celle-ci relevait encore que la recourante avait besoin de l'aide de son mari pour mettre ses bas et ses chaussures et qu'elle ne faisait que les activités ménagères légères telles que faire la cuisine, mettre la table et la débarrasser. Par ailleurs, l'assurée ressentait des douleurs diffuses à toutes les articulations associées à des myalgies

diffuses touchant les quatre membres, sans toutefois relever des épisodes inflammatoires, et les gonalgies étaient bilatérales, entraînant des difficultés dans les escaliers et à rester debout.

S'agissant de la capacité de travail, l'autorité intimée a suivi l'expertise rhumatologique et a retenu que seule une activité adaptée était exigible à 50%, la capacité de travail dans l'activité habituelle étant nulle. Pour sa part, si le Dr D. _____ s'est également prononcé à ce sujet, force est de constater qu'après avoir indiqué que la capacité de travail était de 50% tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée (rapport du 16 juillet 2012, dossier OAI p. 114), il s'est contredit dans son rapport du 18 décembre 2012 en mentionnant à la fois que l'activité habituelle était exigible à 50% et que la recourante ne pouvait plus du tout travailler, que ce soit dans l'activité habituelle ou dans une activité adaptée (dossier OAI p. 154).

Par ailleurs, aucun rapport médical, émanant ou non d'un psychiatre, ne mentionnait de troubles psychiques.

3.2. La décision litigieuse se base sur la situation médicale suivante.

Du point de vue rhumatologique, le Dr D. _____ et la Dre F. _____, médecin généraliste de la recourante, estiment que celle-ci souffre d'une spondylarthrite HLA-B27 négatif avec atteinte axiale et d'une gonarthrose bilatérale qui influencent sa capacité de travail (notamment rapport du 27 octobre 2016 du Dr D. _____, dossier OAI p. 271; rapport du 6 septembre 2017 de la Dre F. _____, dossier OAI p. 336). La Dre F. _____ retient encore les diagnostics, sans une telle répercussion, de diabète de type II traité, hypertension artérielle traitée, côlon irritable, constipation chronique, reflux gastro-œsophagien traité et dyslipidémie traitée. Tous deux s'accordent sur le fait qu'aucune activité, adaptée ou non, n'est exigible, ce dès 2016 pour le Dr D. _____ et sans indication pour la Dre F. _____.

Le rhumatologue relève une persistance de douleurs rachidiennes irradiant par intermittence dans les fesses et dans les membres inférieurs, et surtout l'apparition de symptômes mécaniques des deux genoux associés à des épanchements qui sont mixtes, mécaniques et inflammatoires et qui s'exacerbent à la marche et au port de charges (rapport du 27 octobre 2016 précité). La Dre F. _____ note quant à elle des rachialgies, gonalgies bilatérales, angoisses de mort, agitations, une asthénie et une intolérance au stress, avec une capacité de concentration et d'adaptation limitée et la nécessité d'éviter un environnement poussiéreux (rapport du 6 septembre 2017 précité).

Sur mandat de l'autorité intimée, le Dr G. _____, spécialiste en rhumatologie, a réalisé une expertise rhumatologique le 23 décembre 2017 (dossier OAI p. 351). Il pose les diagnostics, avec répercussion sur la capacité de travail, de lombopygalgies récurrentes sans signe radiculaire irritatif ou déficitaire: discopathie L4-L5 et arthrose facettaire postérieure L4-L5, L5-S2, et une modeste et possible spondyloarthropathie indifférenciée, actuellement stable sous traitement. N'ont pas une telle influence un syndrome cervicobrachial récurrent, sans signe radiculaire irritatif ou déficitaire et sans signe de discopathie, des omalgies bilatérales sans signe de conflit ou de tendinopathie, un syndrome polyinsertionnel douloureux récurrent de type fibromyalgie, une hypercholestérolémie, une hypertension artérielle et un diabète de type II stables sous traitement, un status post côlon irritable, un status post reflux gastro-œsophagien, ainsi que des gonalgies bilatérales sans signe d'atteinte méniscale ou ligamentaire, avec minimes troubles dégénératifs du compartiment externe gauche. Il estime que la recourante peut travailler à 40% sans diminution de rendement dans son activité d'aide-bouchère et à 50% également sans diminution de rendement

dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles (diminution des mouvements en porte-à-faux et un port de charges en porte-à-faux avec long bras de levier, de manière répétitive, de plus de 5 à 10kg), et ce dès la date de l'expertise. Il relève ensuite qu'il n'y a pas de péjoration à proprement parler par rapport à 2012, mais une divergence entre les symptômes décrits, l'examen clinique, les examens paracliniques et le comportement de l'assurée lors de l'examen. Le socle somatique ne permet pas d'expliquer la symptomatologie douloureuse. En particulier, il n'y a pas de signe parlant pour une recrudescence de l'atteinte inflammatoire et les troubles dégénératifs cervicaux, lombaires et sacro-iliaques, qui sont légers, n'expliquent ni l'ampleur de la symptomatologie douloureuse ni l'impotence fonctionnelle décrite. Il n'existe pas d'amyotrophie ou de trouble sensitivomoteur, la recourante se meut, s'habille et se déshabille de manière fluide, elle peut rester assise sans prendre de position antalgique durant tout l'entretien et est anamnesticquement capable de faire des trajets en voiture ou avion pendant deux heures. Elle enfille ses bas et lace ses chaussures seule, fait notamment le ménage léger et les courses légères, passe la serpillière, prend le bus seule et peut marcher pendant 30 minutes à plat. Il n'y a pas non plus de signe parlant en faveur d'une péjoration de la symptomatologie douloureuse: la situation s'est cristallisée sous forme d'un syndrome douloureux en extension de la symptomatologie douloureuse en tache d'huile dans un contexte psychologique chargé. Cette appréciation s'apparente à celle du Dr D. _____ du 30 mai 2017, lorsque celui-ci estime qu'il ne peut justifier une incapacité complète de travail, expliquant que des éléments supplémentaires tels qu'une hypertension, un état dépressif et un diabète ne pourraient permettre de réclamer une augmentation de rente. Ce rapport ne figure toutefois pas au dossier de l'autorité mais est cité par l'expert. Dans son complément d'expertise du 22 octobre 2019 (dossier OAI p. 461), ce dernier indique que les troubles dégénératifs sont mineurs et compatibles avec l'évolution de l'âge de la recourante et que le diagnostic de spondylarthrite posé par la Dre E. _____ est seulement une suspicion diagnostic, du fait qu'il n'y a pas forcément de relation entre ce diagnostic et les symptômes fibromyalgiques tels que décrits par l'expertisée (et omis par le Dr D. _____ ou la Dre E. _____). Pour lui, actuellement, les échecs à un traitement biologique parlent en défaveur du diagnostic de spondyloarthropathie.

Toujours d'après l'expert, les cervicobrachialgies consistent en des sensations de brûlures dans la région cervicale basse, qui irradient dans les deux épaules et la région interscapulaire et occipitale des deux côtés, en association avec un phénomène d'engourdissement des membres supérieurs et au niveau de tous les rayons, des céphalées, des vertiges et des acouphènes en permanence. Les lombopygalgies se situent en région lombaire basse, sont d'allure mécanique, lancinantes et chroniques, irradient dans les fesses en face latérale de la cuisse jusqu'aux genoux et parfois chevilles et pieds des deux côtés, et sont associées à une sensation de froid dans les membres inférieurs. Les omalgies sont bilatérales, lancinantes et irradient en région scapulaire et cervicale gauche. Quant aux gonalgies, elles sont localisées à droite, irradient parfois au niveau des cuisses et des jambes et limitent le périmètre de marche à 30 min. Enfin, les douleurs des poignets et des doigts des deux mains se manifestent par des lancées électriques au repos qui augmentent lors de la mobilisation et du toucher des extrémités, elles sont fluctuantes, lancinantes, chroniques et irradient au niveau du coude et de l'épicondyle droite jusqu'à l'épaule et la région cervicale basse et moyenne.

Sur le plan psychiatrique, la Dre F. _____ diagnostique comme troubles avec influence sur la capacité de travail un état dépressif moyen (F32.1) et des troubles anxieux phobiques (F40.9) (rapport du 6 septembre 2017, dossier OAI p. 336). Une expertise a par la suite été réalisée le

29 août 2019 par le Dr H. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie (dossier OAI p. 395) qui ne retient aucun diagnostic psychiatrique avec influence sur la capacité de travail, mais un trouble dépressif léger (diagnostic différentiel: dysthymie) comme diagnostic sans une telle répercussion. Il atteste d'une pleine capacité de travail sans diminution de rendement dans toute activité depuis toujours. L'expert précise que la symptomatologie dépressive semble être apparue en 2017 dans le cadre de la révision du droit aux prestations mais que l'assurée a rapidement réagi au traitement. Il indique également que des facteurs extra-médicaux (âge, manque de motivation, éloignement du travail, absence de qualifications professionnelles,...) rendent la réadaptation très aléatoire, que l'assurée tend à dramatiser les conséquences de ses problèmes physiques et que le rôle de malade paraît surinvesti car il offre des solutions à des problèmes de réalité. L'expert relève encore qu'il n'y a pas de divergence entre son évaluation et celle de la Dre F. _____ puisque celle-ci n'est pas psychiatre.

3.3. Sur la base de ce qui précède, force est pour la Cour de constater que l'état de la recourante a évolué sur le plan psychiatrique, de tels troubles étant apparus seulement après la décision initiale du 8 juillet 2014. Tant la Dre F. _____ que l'expert-psychiatre H. _____ se sont prononcés et ils ne s'accordent ni sur les diagnostics, ni sur la capacité de travail. Il n'y a cependant pas lieu de s'écarter des conclusions de l'expertise psychiatrique du 29 août 2019: d'une part, la psychiatrie n'est pas la spécialité de la Dre F. _____, même si elle pratiquait la psychothérapie déléguée à son cabinet, et d'autre part elle ne distingue pas entre les diagnostics sur le plan physique et sur le plan psychiatrique pour fixer la capacité de travail. De plus, rappelons qu'elle est la médecin traitante de la recourante. Surtout, les conclusions de l'expert sont dûment motivées et son rapport a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, il tient compte des plaintes exprimées par l'assurée et est le résultat d'examens complets. Il relève en particulier que la symptomatologie dépressive est apparue au moment de la procédure de révision et a rapidement réagi au traitement, que l'assurée a tendance à dramatiser les conséquences de ses problèmes physiques, qu'elle est capable de s'adapter aux règles et routine du quotidien et qu'elle n'a aucun problème dans les contacts avec les tiers ou sa famille. Il convient dès lors de retenir, sur cette base convaincante, que la recourante, qui ne conteste par ailleurs pas cette expertise, souffre d'un trouble dépressif léger (diagnostic différentiel: dysthymie), sans répercussion sur la capacité de travail, celle-ci étant de 100% dans toute activité depuis toujours. (je trouverais important de discuter, au moins en quelques phrases, les raisons pour lesquelles l'avis de l'expert nous convainc sur le plan matériel : apparition de la symptomatologie seulement au moment de la procédure de révision, bonne réaction au traitement, tendance à la dramatisation, bonnes ressources sur les autres plans ? (loisirs, famille, etc. ?) Ainsi, s'il y a bien eu apparition de troubles psychiques, il n'y a pas eu pour autant péjoration de la capacité de travail qui est toujours restée entière de ce point de vue.

Sur le plan physique, les médecins s'accordent sur le fait que de nouveaux diagnostics sans influence sur la capacité de travail sont apparus, à savoir un diabète de type II, une hypertension, un côlon irritable, un reflux gastro-œsophagien et une hypercholestérolémie. Ils ne s'entendent par contre pas sur les autres diagnostics, qu'ils soient anciens ou nouveaux. Ainsi, si ni les médecins traitants ni l'expert-rhumatologue ne retiennent plus les cervicalgies chroniques au titre de diagnostic, seul l'expert évoque un syndrome cervicobrachial récurrent, ainsi que des omalgies bilatérales et un syndrome polyinsertionnel douloureux récurrent de type fibromyalgie, mais sans effet sur la capacité de travail. Il n'y a dès lors pas lieu de s'y attarder. En revanche, les médecins traitants estiment que les gonalgies bilatérales ont désormais une influence sur la capacité de

travail, tandis que l'expert est d'avis qu'elles sont toujours sans effet. Enfin, la spondylarthrite HLA B-27 négatif - qui appartient au groupe de maladies caractérisées par l'atteinte inflammatoire des liens d'insertion sur l'os d'un tendon de la colonne – est toujours retenue comme ayant une influence sur la capacité de travail par les médecins traitants, alors que l'expert-rhumatologue l'écarte en faveur de lombopygalgies récurrentes sans signe radiculaire irritatif ou déficitaire, soit une discopathie L4-L5 et une arthrose facettaire postérieure L4-L5, L5-S2, modeste, ainsi qu'une possible spondyloarthropathie indifférenciée actuellement stable sous traitement, également avec une influence sur la capacité de travail.

S'agissant de cette dernière, qui était de 50% dans une activité adaptée, l'activité habituelle d'aide-bouchère n'étant plus exigible, les médecins traitants estiment qu'elle est maintenant nulle dans toute activité, habituelle ou adaptée (rapport du 27 octobre 2016 du Dr D._____, dossier OAI p. 271; rapport du 6 septembre 2017 de la Dre F._____, dossier OAI p. 336). L'expert-rhumatologue retient quant à lui qu'elle est de 40% dans l'activité habituelle et de 50% dans une activité adaptée (expertise dossier OAI p. 351).

L'expertise rhumatologique est en tous points conforme aux réquisits jurisprudentiels. Le Dr G._____ s'est en effet basé sur le dossier médical complet de l'assurée. Il a également procédé à un examen sur sa personne avant l'établissement de l'expertise, de sorte qu'elle a pu s'exprimer à chaque occasion. Le rapport a ainsi été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, tient compte des plaintes exprimées par l'assurée et est le résultat d'examens complets. Enfin, ses conclusions sont dûment motivées. En particulier, l'expert a largement détaillé les douleurs dont souffre la recourante, y compris celles relevées par ses confrères – dont les gonalgies qui existaient déjà en 2013 –, et décrit leur éventuelle influence sur la capacité de travail. Tout en précisant avoir eu recours à une approche plus globale que ses confrères, qui n'ont pas tenu compte d'un vécu douloureux devenu chronique avec une nette diminution du seuil de déclenchement à la douleur, il a en outre indiqué de manière convaincante pourquoi il n'a pas retenu le diagnostic de spondylarthrite et pourquoi il ne retient qu'une suspicion de spondyloarthropathie. Il a encore clairement noté qu'il n'y a pas de péjoration à proprement parler de la situation somatique par rapport à 2012, mais une divergence entre les symptômes décrits, l'examen clinique, les examens paracliniques et le comportement de l'assurée lors de l'examen. Cette discordance est en outre également relevée par l'expert-psychiatre lorsqu'il mentionne que l'assurée tend à dramatiser les conséquences de ses problèmes physiques et que le rôle de malade paraît surinvesti car il offre des solutions à des problèmes de réalité.

Par ailleurs, la longue liste de limitations fonctionnelles relevées précédemment par la Dre E._____ et le Dr G._____ (notamment changements fréquents de position possibles, pas de position soutenue ou de mouvements itératifs contraignants pour le rachis dorso-lombaire en flexion/ extension/torsion/inclinaison du tronc, pas de travail sur échelle ni échafaudage, pas de port itératif de charges supérieur à 5kg, pas de marche sur terrain irrégulier, marche sur terrain régulier limitée à 100-200m et de façon non itérative, pas de travail avec des engins émettant des vibrations, pas d'environnement froid ni humide, ni de brusques variations de température) est désormais réduite à la diminution des mouvements en porte-à-faux et au port de charges en porte-à-faux avec long bras de levier, de manière répétitive, de plus de 5 à 10kg. Le Dr D._____ ne se prononce plus à ce sujet et la Dre F._____ se contente de retenir qu'il faut éviter les poussières tout en relevant une faible motivation pour la reprise de travail et un absentéisme prévisible dû à l'état de santé ou au traitement médical important (rapport du 6 septembre 2017 précité). Soulignons que ces derniers éléments ne constituent en soi aucunement des limitations

fonctionnelles dont il y aurait lieu de tenir compte. Force est également de constater que les activités, notamment ménagères (marche de 30 minutes, ménage léger, cuisiner), que peut faire l'assurée sont restées les mêmes et qu'elle se passe désormais de l'aide de son époux pour mettre ses bas et lacer ses chaussures. A noter encore que la recourante n'a pas produit de nouveaux rapports postérieurement à l'expertise du Dr G. _____, de sorte que rien ne vient remettre en question cette dernière.

Il convient ainsi de suivre l'expertise rhumatologique et son complément, que ce soit au sujet des diagnostics, de leur influence sur la capacité de travail et de l'importance de celle-ci. Il y a toutefois lieu de temporiser l'avis de l'expert en lien avec la reprise de l'ancienne activité à un taux de 40%. En effet, au vu notamment de la limite de port de charges retenu, les mouvements tendant à soulever ou porter jusqu'à 10kg qui sont effectués parfois jusqu'à 3 heures par jour, selon les renseignements fournis par l'employeur (questionnaire de l'employeur, dossier OAI p. 148), ne paraissent plus en adéquation avec les restrictions posées par les médecins. Cela ne permet cependant pas d'admettre sans autre une diminution de la capacité de travail dans toute activité. En effet, l'exercice d'une activité adaptée est également exigible à 50% aux dires de l'expert, ainsi que de la Dre E. _____ qui l'avait déjà attesté en son temps.

Force est dès lors de constater que, si l'état de santé de la recourante s'est modifié, il est demeuré sans incidence significative sur la capacité de travail exigible, laquelle reste de 50% dans une activité adaptée respectant diverses limitations fonctionnelles.

Au vu de la confirmation de la capacité de travail de 50% dans une activité adaptée et en l'absence de modification des éléments entrant dans la comparaison des revenus, qui ne sont au demeurant pas contestés, il y a lieu de confirmer le degré d'invalidité de 62%.

4.

Partant, le recours est rejeté et la décision litigieuse confirmée.

La procédure n'étant pas gratuite, les frais de procédure, par CHF 800.-, sont mis à la charge de la recourante qui succombe. Ils sont compensés par l'avance de frais du même montant versée le 13 janvier 2020.

Vu l'issue de la procédure, il n'est pas alloué de dépens.

(dispositif en page suivante)

la Cour arrête :

- I. Le recours est rejeté.
- II. Les frais de procédure, par CHF 800.-, sont mis à la charge de A._____. Ils sont compensés par l'avance de frais versée le 13 janvier 2020.
- III. Il n'est pas alloué de dépens.
- 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 15 juillet 2020/cso

Le Président :

La Greffière-rapporteuse :