

# FR\_GERICHTE 605 2013 263 vom 24. August 2015

FR Kantonsgericht, 2015-08-24, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr\\_gerichte\\_605\\_2013\\_263](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_605_2013_263)

FR: FR\_GERICHTE 605 2013 263 du 24 août 2015

IT: FR\_GERICHTE 605 2013 263 del 24 agosto 2015

## Regeste

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

## Erwägungen

### E. 1

Interjeté en temps utile auprès de l'autorité judiciaire compétente et dans les formes légales par un assuré directement touché par la décision de suppression de rente et dûment représenté, le recours du 18 décembre 2013 est recevable. S'agissant du recours du 15 janvier 2014 déposé à l'encontre de la décision du 6 janvier 2014, celui-ci est irrecevable dans la mesure où le recourant conclut toujours à ce que la rente allouée continue à lui être servie, qu'il ne revendique par ailleurs aucune mesure de réadaptation professionnelle et qu'il a obtenu une aide au placement, laquelle ne pourra se concrétiser que lorsque la question de sa capacité de travail sera tranchée.

### E. 2

a) A teneur 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 fédérale 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. Selon l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation 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. L'art. 16 LPGA dispose que, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu du travail que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé à celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré. En d'autres termes, le degré d'invalidité résulte de la comparaison du revenu d'invalide, soit ce que l'assuré est encore capable de gagner en utilisant sa capacité résiduelle de travail dans toute la mesure que l'on est en droit d'attendre de lui, avec le revenu sans invalidité, à savoir ce qu'il pourrait gagner si l'invalidité ne l'entravait pas (RCC 1963 p. 365). C'est l'application de la méthode ordinaire de comparaison des revenus. Cette comparaison s'effectue, en règle

générale, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus (RCC 1985 p. 469). Le taux d'invalidité étant une notion juridique fondée sur des éléments d'ordre essentiellement économique, et pas une notion médicale, il ne se confond donc pas forcément avec le taux de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 122 V 418). Toutefois, pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4, 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 3c, 105 V 156 consid. 1).

Tribunal cantonal TC Page 5 de 14 b) Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (art. 7 al. 2 2ème phrase LPGA; arrêt TF 9C\_492/2014 du 3 juin 2015 consid. 3.7.1; ATF 102 V 165; VSI 2001 p. 223 consid. 2b et les références; cf. aussi ATF 127 V 294 consid. 4c i. f.). La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique, de troubles somatoformes douloureux persistants ou de fibromyalgie, suppose également, sous la nouvelle jurisprudence, la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant selon les règles de l'art sur les critères d'un système de classification reconnu (arrêt TF 9C\_492/2014 précité consid. 2.1 et 2.1.1; ATF 130 V 396 consid. 5.3 et 6). Dans le cadre des douleurs de nature somatoforme, la Haute Cour a souligné que l'analyse doit tenir compte des facteurs excluant la valeur invalidante à ces diagnostics (arrêt TF 9C\_492/2014 précité consid. 2.2, 2.2.1 et 2.2.2). On conclura dès lors à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable (par exemple une discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact) (arrêt TF 9C\_492/2014 précité consid. 2.2.1; ATF 132 V 65 consid. 4.2.2; 131 V 49 consid. 1.2). Dans cet arrêt 9C\_942/2014, le Tribunal fédéral a en revanche abandonné la présomption qui prévalait jusqu'à ce jour, selon laquelle les syndromes du type troubles somatoformes douloureux et affections psychosomatiques assimilées peuvent être surmontés en règle générale par un effort de volonté raisonnablement exigible. Seule l'existence de certains facteurs déterminés pouvait, exceptionnellement, faire apparaître la réintégration dans le processus de travail comme n'étant pas exigible. Désormais, la capacité de travail réellement exigible des personnes concernées doit être évaluée dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurée et sur la base d'une vision d'ensemble, à la lumière des circonstances du cas particulier et sans résultat prédéfini. Cette évaluation doit se dérouler en tenant compte d'un catalogue d'indices qui rassemble les éléments essentiels propres aux troubles de nature psychosomatique. La phase diagnostique devra mieux prendre en considération le fait qu'un

diagnostic de "trouble somatoforme" présuppose un degré certain de gravité. Le déroulement et l'issue des traitements thérapeutiques et des mesures de réadaptation professionnelle fourniront également des conclusions sur les conséquences de l'affection psychosomatique. Il conviendra également de mieux intégrer la question des ressources personnelles dont dispose la personne concernée, eu égard en particulier à sa personnalité et au contexte social dans lequel elle évolue. Joueront également un rôle essentiel les questions de savoir si les limitations alléguées se manifestent de la même manière dans tous les domaines de la vie (travail et loisirs) et si la souffrance se traduit par un recours aux offres thérapeutiques existantes. Enfin, les facteurs psychosociaux et socioculturels ne constituent pour elles seules pas des atteintes à la santé entraînant une incapacité de gain au sens de l'art. 4 LAI. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire qu'un substrat médical pertinent entrave la capacité de travail (et de gain) de manière importante et soit à chaque fois mis en évidence par un médecin spécialisé.

Tribunal cantonal TC Page 6 de 14 Plus les facteurs psychosociaux et socioculturels apparaissent au premier plan et imprègnent l'anamnèse, plus le diagnostic médical doit préciser si l'atteinte à la santé psychique équivaut à une maladie. Il ne suffit donc pas que le tableau clinique soit constitué d'atteintes relevant de facteurs socioculturels; il faut au contraire que celui-ci comporte d'autres éléments pertinents au plan psychiatrique tels qu'une dépression durable au sens médical ou un état psychique assimilable et non une simple humeur dépressive. En définitive, une atteinte psychique influençant la capacité de travail de manière autonome est nécessaire pour que l'on puisse parler d'invalidité. Tel n'est en revanche pas le cas lorsque l'expert ne relève pour l'essentiel que des éléments trouvant leur explication et leur source dans le champ socioculturel ou psychosocial (ATF 127 V 294 consid. 5a; arrêt TF I 797/06 du 21 août 2007 consid. 4). Dans le contexte des troubles somatoformes, le Tribunal fédéral a précisé que ces facteurs peuvent avoir des effets sur les ressources à disposition de l'assuré pour lui permettre de surmonter son atteinte à la santé (arrêt TF 9C\_942/2014 précité consid. 3.4.2.1). c) Selon l'art. 17 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision. La rente peut ainsi être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain (ou d'exercer ses travaux habituels) ont subi un changement important (ATF 109 V 108 consid. 3b, 107 V 219 consid. 2, 105 V 29 et les références, VSI 1996 p. 188 consid. 2d). Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient lorsque la décision initiale de rente a été rendue avec les circonstances régnant à l'époque du prononcé de la décision litigieuse (ATF 130 V 351 consid. 3.5.2, 125 V 369 consid. 2 et la référence; voir également ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). Le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une révision correspond à la dernière décision qui repose sur un examen matériel du droit à la rente, avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit (ATF 133 V 108 consid. 5.4 p. 114 cité par la juridiction cantonale). Une communication, au sens de l'art. 74ter let. f RAI, 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). d) Selon la let. a al. 1 des

dispositions finales de la modification du 18 mars 2011 (6e révision de l'AI, premier volet) de la LAI, les rentes octroyées en raison d'un syndrome sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique seront réexaminées dans un délai de trois ans à compter de l'entrée en vigueur de la présente modification. Si les conditions visées à l'art. 7 LPGA ne sont pas remplies, la rente sera réduite ou supprimée, même si les conditions de l'art. 17 al. 1 LPGA ne sont pas remplies. L'al. 4 de la let. a précise que l'al. 1 ne s'applique pas aux personnes qui ont atteint 55 ans au moment de l'entrée en vigueur de la présente modification, ou qui touchent une rente de l'assurance-invalidité depuis plus de quinze ans au moment de l'ouverture de la procédure de réexamen. Un arrêt du Tribunal fédéral a précisé les conditions auxquelles un réexamen du droit de la rente sur la base de la let. a al. 1 des dispositions finales pouvait avoir lieu (ATF 139 V 547 consid. 10).

Tribunal cantonal TC Page 7 de 14 Ainsi, il n'est pas nécessaire qu'une modification notable de l'état de santé au sens de l'art. 17 LPGA soit intervenue. En outre, la rente d'invalidité versée jusqu'ici doit avoir été accordée uniquement ("ausschliesslich") en raison d'un syndrome sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique, au nombre desquels on compte les troubles somatoformes douloureux. Au moment de la révision, seul ce diagnostic doit subsister; il convient également d'examiner si l'état de santé s'est dégradé (consid. 10.1.2 de l'arrêt cité). Enfin, il faut vérifier si les critères permettant de conclure au caractère invalidant du trouble somatoforme douloureux sont remplis (consid. 10.1.3 de l'arrêt cité). e) Selon 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. Pour juger s'il est admissible de reconsidérer une décision, il faut se fonder sur la situation juridique existant au moment où cette décision a été rendue, compte tenu de la pratique en vigueur à l'époque (ATF 125 V 383 consid. 3 p. 389 sv., 119 V 475 consid. 1b/cc p. 479). Par le biais de la reconsidération, on corrigera une application initiale erronée du droit, de même qu'une constatation erronée résultant de l'appréciation des faits (ATF 117 V 8 consid. 2c, 115 V 308 consid. 4a/cc p. 314). 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\_575/2007 du 18 octobre 2007 consid. 2.2; I 907/06 du 7 mai 2007, consid. 3.2.1). Dans le contexte des troubles somatoformes douloureux, un motif de reconsidération n'entre en ligne de compte que si la décision initiale apparaît manifestement erronée à la lumière des exigences valables à l'époque de son prononcé et non pas à l'aune des critères plus restrictifs précisés postérieurement dans l'ATF 130 V 352 (arrêt I 138/07 du 25 juin 2007; voir aussi Andreas BRUNNER/Noah BIRKÄUSER, Somatoforme Schmerzstörung - Gedanken zur Rechtsprechung und deren Folgen für die Praxis, insbesondere mit Blick auf die Rentenrevision, Basler Juristische Mitteilungen 4/2007 p. 200). f) 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,

Tribunal cantonal TC Page 8 de 14 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). 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). Quand une expertise ne répond pas suffisamment aux questions auxquelles il faut répondre, selon la nouvelle jurisprudence en lien avec les troubles somatoformes douloureux, le Tribunal fédéral a laissé ouverte la possibilité d'un renvoi à l'administration afin que soient posées les questions complémentaires à l'expert (arrêt TF 9C\_942/2014 précité consid. 10.1.3).

### **E. 3**

Le litige porte sur l'évolution du taux d'invalidité de l'assuré, particulièrement sur l'évolution de sa capacité de travail résiduelle. La décision du 25 septembre 2002, octroyant une rente entière en raison d'un degré d'invalidité de 89%, constitue le point de départ temporel. Il s'agit en effet de la seule décision entrée en force qui repose sur un examen matériel du droit à la rente. Pour leurs parts, les communications ultérieures se fondent uniquement sur un questionnaire pour la révision de la rente – rempli par l'assuré – et un rapport médical du médecin traitant, le Dr I. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine

interne générale (cf. pour la communication du 26 juin 2003, dossier OAI, pièces 150, 151 et 153; pour la communication du 26 juin 2003, dossier OAI, pièces 155, 159 et 161). A ce titre, ces communications ne se basent pas sur une constatation suffisante des faits pertinents, étant souligné qu'aucune nouvelle appréciation des preuves et comparaison des revenus conformes au droit n'a apparemment été réalisée. Partant, il s'agit de comparer ici les faits qui prévalaient lors de l'octroi de la rente entière, par décision du 25 septembre 2002, avec ceux existant au moment de la décision attaquée plus de dix ans plus tard, le 13 novembre 2013. En d'autres termes, il sied de vérifier si l'état de santé du recourant s'est ou non modifié entre ces deux dates au point de devoir entraîner une diminution de sa perte de gain dans la mesure indiquée ci-dessus.

Tribunal cantonal TC Page 9 de 14 a) Sur le plan rhumatologique, dans son expertise du 10 mai 2012, le Dr F. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie et en médecine interne générale, diagnostique des "lombopyralgies chroniques et cristallisées sans signe radiculaire irritatif ou déficitaire – minime discopathie L5-21" qui influencent la capacité de travail de l'assuré. Il cite également les diagnostics de "HTA stabilisée sous TTT" et de "phobies multiples anamnesticque", qui sont, quant à eux, sans influence sur la capacité de travail. Sur la base des précités, l'expert indique que l'assuré présente une limitation fonctionnelle comportant les mouvements répétitifs en porte-à-faux, avec long bras de levier, les mouvements d'antéversion, le port de charge de plus de 10kg répétitifs. A ce titre, il considère que le recourant n'est plus en mesure d'exercer son ancienne activité dans le génie civil mais que, dans une activité adaptée à ses limitations, sa capacité de travail demeure entière, sans diminution de rendement. Il donne l'exemple d'activités telles que: accueil, sécurité, magasinier d'objets légers, vente d'objets légers ou de nourriture légère (dossier OAI, pièce 234). Ces conclusions sont fondées sur l'examen du dossier asséculogique ainsi que sur la base d'un examen clinique du 9 mai 2012 durant lequel l'expert a procédé à des radiographies du bassin et de la colonne lombaire. Dans son rapport, ce dernier consigne également les plaintes de l'exploré, notamment en relation avec les douleurs ressenties. Pour ces motifs, force est de constater que le rapport se fonde sur des examens complets, prend en considération les plaintes exprimées et a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse. Les conclusions sont également suffisamment motivées. En effet, l'expert discute et écarte les autres diagnostics et conclusions relatifs à la capacité de travail mentionnés dans les pièces du dossier. Par exemple, s'agissant de l'avis du Dr I. \_\_\_\_\_, qui affirme que son patient est entièrement invalide, l'expert souligne que cette différence d'appréciation est vraisemblablement due à l'incorporation des troubles psychiques dans l'évaluation de la capacité de travail par celui-ci. Cette hypothèse est convaincante à la lecture des rapports médicaux du médecin traitant, mentionnant tant les aspects somatiques que psychiatriques des troubles ainsi que leurs traitements respectifs (dossier OAI, pièces 159 et 151). Quant au Dr J. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne générale, il ne saurait non plus remettre en doute l'avis argumenté et détaillé de l'expert dès lors qu'il se contente de retranscrire les plaintes et les craintes de son patient, éléments qui ne suffisent pas à eux seuls à motiver les 89% d'incapacité de gain allégués (cf. dossier OAI, pièces 176 et 239). Les critiques du 7 mars 2013 du Dr G. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, ne contredisent pas non plus les conclusions de l'expert. Le psychiatre traitant souligne d'abord que l'aspect psychique des troubles n'a pas été approfondi dans l'expertise rhumatologique. Toutefois, il n'appartient manifestement pas à un expert-rhumatologue de se prononcer dans le détail sur des troubles psychiatriques pour lesquels il n'est pas spécialisé, ce reproche n'ayant, en outre,

particulièrement pas lieu d'être en présence d'une autre expertise spécialement consacrée audit aspect psychique des troubles. Le psychiatre traitant émet aussi des critiques en relation avec la "disparition" des diagnostics d'hernie discale L4/L5 et d'atteinte au canal spinal L3/L4 et L4/L5 dans l'expertise. Néanmoins, force est de constater que lesdits diagnostics paraissent ne jamais avoir été émis par un autre médecin que lui (cf. rapport du 29 décembre 2001, dossier OAI, pièce 110). Les autres médecins, généralistes ou spécialistes en rhumatologie, ne citent en effet que des diagnostics de "syndrome lombo-vertébral" (dossier OAI, pièce 28, 48, 75), de "lombo-sciatalgie droite" (dossier OAI, pièce 28) ou de "lombalgie" (dossier OAI, pièce 30). De toute manière, le médecin n'argumente pas en quoi le changement de diagnostic influencerait la capacité de travail du recourant, seul critère pertinent pour l'évaluation

Tribunal cantonal TC Page 10 de 14 de l'invalidité. Finalement, les autres contradictions alléguées ne consistent qu'en une lecture hors contexte de passages de l'expertise et n'ont pas lieu d'être approfondies plus avant. Les conclusions de l'expert ne sont finalement pas non plus mises en doute par le fait qu'il ait apparemment déjà été impliqué dans ce dossier en 1999-2000. En effet, à la lecture de la signature d'un rapport du 28 février 2000, il semble être déjà intervenu en tant que médecin dans la présente affaire au titre de médecin-assistant de K.\_\_\_\_\_ (cf. signature: "F.\_\_\_\_\_"; dossier OAI, pièce 48). D'abord, aucune prévention ou activité partielle ne semble pouvoir être redoutée de sa part à la lecture des pièces au dossier. En outre, le recourant, qui ne conteste en soi pas l'expert choisi dans le cadre du présent recours, serait de toute manière forclos avec une éventuelle requête tendant à la récusation dans la mesure où il n'a pas fait valoir un tel motif lorsqu'il a eu connaissance de la personne de l'expert. En l'espèce, le fait que l'expert ait déjà traité l'exploré près de douze ans auparavant renforce au contraire la force probante de son avis s'agissant de l'évolution des troubles dans le temps. Or, sur ce plan, le Dr F.\_\_\_\_\_ indique qu'en "décembre 1999, du point de vue rhumatologique, une activité adaptée aurait raisonnablement pu être exigée telle que décrite dans les rapports du service de rhumatologie de B.\_\_\_\_\_ de 2000" (dossier OAI, pièce 234). Il appuie cette conclusion premièrement sur son rapport du 28 février 2000 dans lequel il concluait alors à la présence d'une capacité de travail entière depuis le 18 décembre 1999 dans une activité "légère, sédentaire, avec port de charges restreint, station debout limitée, ménagement du temps de repos régulier et alternance des positions" (dossier OAI, pièce 48). La conclusion est également fondée sur un rapport du 13 novembre 2000 du Dr L.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie et en médecine physique et réadaptation, et du Dr M.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie et en médecine interne générale. Tous deux estimaient qu'il n'était pas nécessaire "de faire d'autres investigations ou de discuter d'une opération car le patient [allait] trop bien. [L'assuré pensait] qu'il pourrait très bien travailler si on lui [trouvait] un travail moins lourd" (dossier OAI, pièce 75). Pour sa part, si, en 2000, le Dr I.\_\_\_\_\_ déclarait son patient invalide dans son ancienne activité, le médecin ne se prononçait pas sur la capacité de travail dans une activité adaptée (dossier OAI, pièce 27). Dans la mesure où le rôle d'un centre d'observation professionnelle n'est pas de se prononcer sur l'état de santé de la personne concernée et les répercussions d'une éventuelle atteinte à la santé sur l'aptitude au travail (cf. arrêt TF 9C\_631/2007 du 4 juillet 2008 consid. 4.1), les rapports de réadaptation professionnelle ont été à juste titre écartés par l'expert qui a privilégié les données médicales de ses confrères. Partant, au vu de ce qui précède, l'expertise du Dr F.\_\_\_\_\_ constitue une base fiable de décision, dont l'appréciation ne saurait être remise en cause. Sur le plan somatique, le recourant doit être considéré comme entièrement apte à

travailler dans une activité adaptée à ses limitations depuis 1999 déjà. Aucun élément au dossier ne laisse en outre apparaître une aggravation des problèmes dorsaux depuis le prononcé de la décision initiale. Par conséquent, il sied de retenir que son état de santé ne s'est pas modifié de ce point de vue, du moins notablement, dans l'intervalle. b) Sur le plan psychiatrique, dans son expertise du 20 janvier 2012, le Dr E. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, mentionne les diagnostics de "syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4)", de "trouble anxieux et dépressif mixte léger accompagnant l'évolution du trouble somatoforme" et d'"autres troubles spécifiques de la personnalité (personnalité frustrée) (F60.8)". Selon lui, l'assuré est capable de travailler à 100% et

Tribunal cantonal TC Page 11 de 14 ceci en l'absence de pathologie psychiatrique handicapante (dossier OAI, pièce 203). Dans un écrit ultérieur non daté, il ajoute que l'amélioration a commencé au 19 mars 2007 (dossier OAI, pièce 241). L'expertise du Dr E. \_\_\_\_\_ se fonde, selon ses dires, sur les rapports figurant dans le dossier asséculogique du recourant. Cependant, les rapports mis en évidence par l'expert traitent presque exclusivement des troubles rhumatologiques et non des pathologies psychiatriques. Par exemple, l'expert résume en détail et sur plus d'une demi-page un rapport rhumatologique du 28 février 2000 alors que le rédacteur y indique expressément ne pas se prononcer sur l'affection psychologique (cf. dossier OAI, pièce 48). Par contre l'expertise psychiatrique du 3 octobre 2000 du Dr C. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, rédigée en allemand, ne fait l'objet que de cinq lignes très courtes. Est notamment seul mentionné un diagnostic psychiatrique – sur les trois émis par le premier expert – auquel est ajouté un diagnostic rhumatologique. De même, la position du premier expert est résumée de la manière suivante: "l'assuré est capable de travailler"; alors qu'elle était bien plus nuancée, fixant la capacité de travail à 50%, respectivement minimum 70% en présence d'un traitement spécifique (cf. dossier OAI, pièce 72). A relever que le second rapport d'un psychiatre présent dans le dossier asséculogique à cette époque, également rédigé en allemand, est lui aussi résumé de manière plus que succincte (cf. dossier OAI, pièce 110). En outre, eu égard au fait que le dossier ne comportait pas de rapport relatif aux problèmes psychiatriques allégués depuis 2001, l'avis du psychiatre traitant de l'assuré aurait été nécessaire pour que l'expert puisse accomplir la tâche qui était la sienne. Or, ce dernier n'a pas cherché à prendre contact avec lui pour compléter ses données qui dataient pourtant de plus de onze ans. Indépendamment du fait que cette absence de données médicales sur l'évolution de l'état de santé de l'assuré ne pouvait pas lui permettre d'avoir une vision complète de la situation, l'expert ne pouvait pas être en mesure de replacer le constat fait lors de son examen de l'assuré dans un contexte temporel plus large, ce qui était pourtant indispensable dans le cadre d'une révision. L'examen n'ayant pu être que ponctuel, il ne pouvait pas répondre de manière circonstanciée à la question topique de l'évolution de santé de l'assuré. C'est ce qu'illustre particulièrement l'affirmation de l'expert faisant remonter au 19 mars 2007 la prétendue amélioration de l'état de santé, affirmation qui n'est ni motivée, même implicitement, ni documentée (cf. dossier OAI, pièce 241). A ce titre, la Cour constate que le rapport d'expertise a été établi sur la base d'une anamnèse lacunaire. La situation et le suivi médical ne sont en outre quant à eux pas exposés de manière complète. Sur le plan des diagnostics, l'expert exclut par ailleurs celui de "trouble anxieux-dépressif". Cette appréciation est justifiée par la phrase suivante: "au cours de l'entretien, je n'ai pas pu déceler de signes ou de symptômes d'un état dépressif, [mais] ni son discours, ni son regard, ni ses activités journalières ne sont celles d'une personne dépressive" (p. 12). Or, une telle

justification n'est pas suffisante, même partiellement renforcée par les rares points ponctuels de réflexion qu'une lecture très attentive de l'expertise permet de mettre en évidence. Tel est particulièrement le cas lorsque le diagnostic exclu a non seulement été posé par les médecins traitants de l'assuré, mais également par le Dr C. \_\_\_\_\_ dans son expertise du 3 octobre 2000. Pour sa part, l'expert E. \_\_\_\_\_ justifie ensuite le nouveau diagnostic de trouble somatoforme douloureux par la phrase suivante: "de [par] la manière de s'exprimer et de se comporter pendant l'entretien et de [par] l'évolution des douleurs, nous pouvons parler d'un trouble somatoforme dont les

Tribunal cantonal TC Page 12 de 14 caractéristiques essentielles, selon la CIM-10, sont [suite: citation de l'ICD-10]" (p. 12). Or, l'expert est le seul à émettre ce diagnostic pourtant expressément exclu par les Drs L. \_\_\_\_\_ et M. \_\_\_\_\_ dans leur rapport du 13 novembre 2000 (dossier OAI, pièce 75). Il ne pouvait dès lors sans autre procéder à de telles affirmations en s'appuyant seulement sur ses propres constats. Il convient de rappeler que l'appréciation d'un expert ne doit pas uniquement reposer sur les observations qu'il a directement effectuées. Il doit tenir compte de l'intégralité du dossier médical mis à sa disposition (cf. arrêt TF 9C\_844/2009 du 29 mars 2010 consid. 4.3) ce qui n'est manifestement pas le cas en l'occurrence. Ses conclusions ne sont dès lors pas suffisamment motivées. Au vu de ce qui précède, l'expertise psychiatrique du 20 janvier 2012 du Dr E. \_\_\_\_\_ et son complément non daté ne permettent pas de statuer à satisfaction de droit sur la question litigieuse de l'évolution de l'état de santé de l'assuré du point de vue psychiatrique et de son incidence en termes de capacité de travail au moment de la décision attaquée. Les autres rapports médicaux des médecins traitants figurant dans le dossier ne permettent pas non plus à la Cour d'établir la capacité de travail du recourant sur le plan psychique. Le Dr G. \_\_\_\_\_, se contente d'affirmer une appréciation différente de la situation. Or, son style véhément laisse penser qu'il n'est pas en mesure d'apporter un regard neutre sur la situation en raison de la relation de confiance qui le lie à son patient. C'est ce qu'illustre son rapport du 7 mars 2013 lorsqu'il affirme ce qui suit: "[...] der Gutachter hier weder die Auseinandersetzung des bedeutend gestörten Antriebs des Patienten wirklich vornimmt, durch eine angemessene Befragung/Vertiefung, noch seine Pseudoobjektivierung darlegt, wieso die Aussage des Patienten nicht stimmen würde" (dossier OAI, pièce 283). Pour leurs parts, les Drs I. \_\_\_\_\_ et J. \_\_\_\_\_ ne sont pas spécialistes en psychiatrie. Leurs rapports, déjà très sommaires, ne peuvent à ce titre conduire à la reconnaissance ou non de l'existence d'une atteinte à la santé psychique avec effet sur la capacité de travail. c) Partant, la Cour constate qu'à défaut d'une instruction suffisante des faits déterminants elle n'est pas en mesure d'établir si les conditions d'une révision de la rente au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA sont réalisées. Il ne lui est pas non plus possible, à défaut d'une appréciation actuelle du point de vue psychiatrique notamment, de confirmer la suppression de rente par voie de reconsidération. Au regard de l'absence de rapport médical ayant une valeur probante sur le plan psychiatrique, un simple mandat d'expertise judiciaire ne peut à lui seul suffire à élucider l'état de fait, qui plus est rétroactivement à l'année 2013. Un renvoi à l'autorité intimée apparaît dès lors nécessaire, charge à cette dernière de mettre en œuvre une à tout le moins nouvelle expertise psychiatrique et d'effectuer, cas échéant, l'ensemble des mesures d'instruction utiles sur les troubles allégués. Dans l'éventualité où le diagnostic de trouble somatoforme douloureux devait être confirmé, les experts devront par ailleurs – en application de la nouvelle jurisprudence de la Haute Cour – examiner d'abord si l'assuré dispose de ressources – référence est faite aux indices (Indikatoren) que le Tribunal fédéral a développés dans le

consid. 4 de l'arrêt 9C\_492/2014 précité – et si ensuite, après un bilan global des éléments tant positifs que négatifs, il s'avère qu'objectivement, il est en mesure de surmonter ses problèmes de santé. Un renvoi se justifie dès lors également de ce point de vue, comme l'admet le Tribunal fédéral. Partant, le recours doit être admis et le dossier renvoyé à l'autorité intimée afin qu'elle complète l'instruction et rende une nouvelle décision.

Tribunal cantonal TC Page 13 de 14

#### **E. 4**

Au vu de l'ensemble des considérants qui précèdent, le recours du 18 décembre 2013, bien fondé, doit être admis, la décision du 13 novembre 2013 annulée et le dossier renvoyé à l'autorité intimée pour mesures d'instruction complémentaire. Le recours du 15 janvier 2014 est déclaré irrecevable. Dans ces circonstances, il se justifie de mettre à la charge de l'autorité intimée des frais de justice fixés à CHF 800.-. Par conséquent, l'avance de frais du même montant versée par le recourant lui est restituée. Ayant obtenu gain de cause, le recourant a droit à des dépens, qu'il n'y a pas lieu de réduire en raison de l'irrecevabilité du second recours. Le 5 août 2015, son mandataire a présenté sa liste de frais. Celle-ci se monte à un total de CHF 7'079.70, soit CHF 5'625.- (1'350 minutes à CHF 250.-) au titre d'honoraires, CHF 100.- au titre des photocopies (200 pièces à CHF 0.50), CHF 100.- au titre des débours, CHF 460.70 au titre de la TVA (8%) et CHF 800.- au titre de l'avance de frais. Cependant, à l'exception de l'envoi de la note de frais, la totalité des opérations a été effectuée avant le 1er juillet 2015 ce qui justifie qu'un tarif horaire de 230.- soit retenu conformément aux dispositions alors applicables en matière de tarif. Par ailleurs, il appert que les 22.5 heures facturées comprennent des opérations sans rapport avec la présente affaire, notamment des échanges avec la fondation de prévoyance, avec le service social et en relation avec une nouvelle demande AI. Partant, compte tenu de la difficulté toute relative de la présente affaire, la Cour retient que 18 heures d'honoraires et 180 photocopies étaient suffisantes. En outre, il convient de rappeler que les photocopies sont indemnisées à raison de CHF 0.40 par copie (cf. art. 9 al. 2 Tarif JA). Dès lors, il se justifie de fixer l'indemnité à laquelle le recourant pourrait prétendre pour ses frais de défense à CHF 4'312.- – soit CHF 4'140.- au titre des honoraires (18 heures x CHF 230.-), CHF 72.- au titre des photocopies (180 pièces à CHF 0.40) et CHF 100.- au titre des débours – plus CHF 344.95 au titre de la TVA, soit un montant total de CHF 4'656.95. Ils sont intégralement mis à la charge de l'autorité intimée.

Tribunal cantonal TC Page 14 de 14 la Cour arrête: I. Le recours du 18 décembre 2013 est admis. Partant, la décision du 13 novembre 2013 est annulée et le dossier renvoyé à l'autorité intimée pour instruction médicale complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision. II. Le recours du 15 janvier 2014 est déclaré irrecevable. III. Les frais de procédure, par CHF 800.-, sont mis à la charge de l'autorité intimée. IV. L'avance de frais de CHF 800.- versée par le recourant lui est restituée. V. L'indemnité de partie est fixée à CHF 4'312.-, plus CHF 344.95 au titre de la TVA, soit à un total de CHF 4'656.95. Elle est intégralement mise à la charge de l'autorité intimée. VI. Communication. 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 24 août 2015/pte Présidente Greffier

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