

FR_GERICHTE 605 2015 43 vom 15. November 2016

FR Kantonsgericht, 2016-11-15, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_605_2015_43

FR: FR_GERICHTE 605 2015 43 du 15 novembre 2016

IT: FR_GERICHTE 605 2015 43 del 15 novembre 2016

Regeste

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

Erwägungen

E. 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.

E. 2

Les dispositions finales de la modification du 18 mars 2011 (6ème révision de l'AI, premier volet), entrées en vigueur le 1er janvier 2012, sont ici applicables.

E. 3

a) Aux termes de l'art. 8 al. 1 de la loi du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1), applicable par le biais de l'art. 1 al. 1 de la loi du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI; RS 831.20), est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 4 al. 1 LAI, dite invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. Est réputé 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). 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; ATF 141 V 281

Tribunal cantonal TC Page 4 de 11 consid. 3.7.1; 102 V 165; VSI 2001 p. 223 consid. 2b et les références citées; cf. également ATF 127 V 294 consid. 4c i. f.). Selon cette jurisprudence, la reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique, de troubles somatoformes douloureux persistants ou de fibromyalgie, 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 141 V 281 consid. 2.1 et 2.1.1; 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 (ATF 141 V 281 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) (ATF 141 V 281 consid. 2.2.1; 132 V 65 consid. 4.2.2; 131 V 49 consid. 1.2). Dans cet arrêt ATF 141 V 281, 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 sur la base 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. Les expertises mises en œuvre selon les anciens standards de procédure ne perdent pas d'emblée toute valeur probante. Il convient bien plutôt de se demander si, dans le cadre d'un examen global, et en tenant compte des spécificités du cas d'espèce et des griefs soulevés, le fait de se fonder définitivement sur les éléments de preuve existants est conforme au droit fédéral (ATF 137 V 270 consid. 6). Ces considérations peuvent être appliquées par analogie aux nouvelles exigences de preuve en ce sens qu'il y a lieu d'examiner dans chaque cas si les expertises administratives et/ou les expertises judiciaires recueillies – le cas échéant en les mettant en relation avec d'autres rapports médicaux – permettent ou non une appréciation concluante du cas à l'aune des indicateurs déterminants. Selon l'étendue de l'instruction déjà mise

Tribunal cantonal TC Page 5 de 11 en œuvre, il peut s'avérer suffisant de requérir un complément d'instruction sur certains points précis (ATF 141 V 281 consid. 8). Les facteurs psychosociaux et socioculturels ne constituent pour elles seules pas des atteintes à la santé entraînant une incapacité de gain au sens de l'art. 4 LAI. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire qu'un substrat médical pertinent entrave la capacité de travail (et de gain) de manière importante et soit à chaque fois mis en évidence par un médecin

spécialisé. Plus les facteurs psychosociaux et socioculturels apparaissent au premier plan et imprègnent l'anamnèse, plus le diagnostic médical doit préciser si l'atteinte à la santé psychique équivaut à une maladie. Il ne suffit donc pas que le tableau clinique soit constitué d'atteintes relevant de facteurs socioculturels; il faut au contraire que celui-ci comporte d'autres éléments pertinents au plan psychiatrique tels qu'une dépression durable au sens médical ou un état psychique assimilable et non une simple humeur dépressive. En définitive, une atteinte psychique influençant la capacité de travail de manière autonome est nécessaire pour que l'on puisse parler d'invalidité. Tel n'est en revanche pas le cas lorsque l'expert ne relève pour l'essentiel que des éléments trouvant leur explication et leur source dans le champ socioculturel ou psychosocial (ATF 127 V 294 consid. 5a; arrêt TF I 797/06 du 21 août 2007 consid. 4). Dans le contexte des troubles somatoformes, le Tribunal fédéral a précisé que ces facteurs peuvent avoir des effets sur les ressources à disposition de l'assuré pour lui permettre de surmonter son atteinte à la santé (ATF 141 V 281 consid. 3.4.2.1). c) D'après une jurisprudence constante, ce n'est pas l'atteinte à la santé en soi qui est assurée, ce sont plutôt les conséquences économiques de celle-ci, c'est-à-dire une incapacité de gain qui sera probablement permanente ou du moins de longue durée (ATF 127 V 294). L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40% au moins. La rente est échelonnée comme suit selon le taux de l'invalidité: un taux d'invalidité de 40% au moins donne droit à un quart de rente; lorsque l'invalidité atteint 50% au moins, l'assuré a droit à une demi-rente; lorsqu'elle atteint 60% au moins, l'assuré a droit à trois quarts de rente et lorsque le taux d'invalidité est de 70% au moins, il a droit à une rente entière (cf. art. 28 LAI). d) 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

Tribunal cantonal TC Page 6 de 11 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). e) Enfin, 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. 4

Selon la let. a al. 1 des dispositions finales 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 [Incapacité de gain] 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. L'ATF 139 V 547 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. 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 en raison d'un syndrome sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique, au nombre desquels on compte la fibromyalgie (ATF 132 V 65). Au moment de la révision, seul ce diagnostic doit subsister, il convient également d'examiner si l'état de santé s'est dégradé (ATF 139 V 547 consid. 10.1.2). Enfin, il faut vérifier si les "critères de Foerster" sont remplis et s'ils permettent de conclure au caractère invalidant du trouble somatoforme douloureux (ATF 139 V 65 consid. 10.1.3).

E. 5

En l'espèce, il convient d'examiner si, comme l'a retenu l'OAI, la suppression de la rente d'invalidité se justifiait sous l'angle des dispositions finales de la LAI relatives à la 6ème révision de l'AI.

Tribunal cantonal TC Page 7 de 11 a) Pour ce faire, il faut examiner si la rente initiale a bien été accordée uniquement en raison d'un syndrome sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique. L'octroi de la rente initiale s'est principalement fondé sur les pièces médicales suivantes. Dans son expertise du 15 janvier 2003, le Dr H._____, spécialiste FMH en rhumatologie, retient les diagnostics de trouble somatoforme douloureux persistant sous forme de rachialgie chronique et de douleurs mal systématisées des membres inférieurs; tendinite du sus-épineux droit probable. Il note que

l'ensemble des examens radiologiques, ainsi que l'examen clinique ne permettent pas d'expliquer la globalité des symptômes dont souffre l'assurée, leurs intensités, leurs chronicités et leurs répercussions sur le quotidien de la patiente, un trouble somatoforme douloureux est retenu. Il estime que d'un point de vue strictement rhumatologique, sa capacité de travail est entière dans une activité excluant les travaux lourds, le port de charges supérieures à 15 kg. Dans son expertise du 17 février 2004, la Dresse C. _____ retient comme diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail: douleurs diffuses dans un contexte de fibromyalgie, rachialgies chroniques, état dépressif réactionnel. Elle indique que la capacité résiduelle de travail est d'au moins 70% dans une activité légère adaptée à l'ergonomie rachidienne. Dans son expertise psychiatrique du 4 mai 2004, le Dr D. _____ pose les diagnostics suivants: trouble douloureux associé à des facteurs psychologiques (F45.4), trouble somatisation (F45.0), trouble de conversion avec présentation mixte (F44.7), trouble de l'adaptation avec humeur dépressive de gravité mineure. Et sur l'axe II: trouble de la personnalité non spécifié (F60.9), personnalité psychosomatique à traits abandonniques et histrioniques. Il évoque une "pathologie somatoforme massive développée progressivement depuis juillet 2002 avec des douleurs très importantes qui induisent en elles-mêmes une incapacité de travail totale, associées à une sévère comorbidité sur l'axe II. Cette association axe I et axe II rend toute activité, même adaptée, impossible dans l'état actuel". Sur le plan psychiatrique, il atteste une incapacité de travail totale dans toute activité dès le 23 août 2002 pour une durée indéterminée. Il ressort du dossier médical que la rente qui a été accordée à l'époque l'a été principalement en raison du diagnostic de troubles somatoformes douloureux. En effet, le Dr H. _____ a retenu le diagnostic de troubles somatoformes douloureux. Il a été suivi par la Dresse C. _____ qui évoque des douleurs diffuses dans un contexte de fibromyalgie puis par le Dr D. _____ qui mentionne un trouble douloureux associé à des facteurs psychologiques. C'est ainsi clairement le diagnostic du trouble somatoforme douloureux qui justifiait l'incapacité de travail attestée par le Dr D. _____ car ni le trouble de l'adaptation de gravité mineure, ni le trouble de la personnalité non spécifié ne pouvaient justifier une incapacité de travail durable. De même, les diagnostics de somatisation et de trouble de conversion sont actuellement assimilés au trouble somatoforme douloureux par la jurisprudence. Il ressort par conséquent de rapports médicaux susmentionnés que la rente initiale a bien été accordée uniquement en raison d'un syndrome sans pathogénèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique. b) Lors de la révision basée sur le premier volet de la 6ème révision de l'AI, une expertise médicale bidisciplinaire a été mandatée auprès du Dr E. _____ (volet rhumatologique) et auprès du Dr F. _____ (volet psychiatrique). Il convient ici d'examiner si l'état de santé de l'assuré s'est dégradé.

Tribunal cantonal TC Page 8 de 11 Dans son expertise rhumatologique du 2 novembre 2013, le Dr E. _____ émet les diagnostics suivants, avec répercussion sur la capacité de travail: syndrome d'hypersomnie et syndrome polyinsertionnel douloureux récurrent, diminution du seuil de tolérance à la douleur. S'agissant des diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail, il mentionne des cervico-brachialgies et lombalgies chroniques sans signe radiculaire irritatif ou déficitaire et absence de discopathie significative. Il indique que le bilan radiologique effectué jusqu'à ce jour est rassurant, il n'y a pas de discopathie tant cervicale que lombaire, les diverses investigations au niveau des épaules et des genoux se révèlent dans les normes. Concernant l'exigibilité, il relève que l'assurée ne présente pas de limitation du point de vue rhumatologique et que sa capacité de travail dans

son activité antérieure de caissière est estimée à 100% du point de vue rhumatologique, sans diminution de rendement. Il précise que depuis la communication du 2 février 2009, l'état de santé de l'assurée ne s'est ni amélioré ni aggravé, il est resté identique à celui décrit en 2004. Dans son expertise psychiatrique du 2 novembre 2013, le Dr F. _____ pose les diagnostics suivants, sans répercussion sur la capacité de travail: trouble douloureux associé à des facteurs psychologiques et une affection médicale générale chronique et personnalité infantile et histrionique, sub-décompensée. S'agissant de l'appréciation du cas, il se distancie des diagnostics posés par le Dr D. _____, soit trouble douloureux associé à des facteurs psychologiques; trouble de somatisation; trouble de conversion à présentation mixte ainsi que trouble de l'adaptation avec humeur anxio-dépressive de gravité mineure et traits abandonniques et histrioniques pour la personnalité. En effet, le Dr F. _____ explique: "si on évoque alors un trouble de somatisation, il faut faire état de plaintes de la sphère gastro-intestinale, sexuelle et autre, sans substrat organique, qui occupent le devant du tableau clinique et qui sont souvent associés à des algies diverses (...) Chez Mme A. _____ les plaintes de la sphère digestive et neurologique sont évoquées à mi-mots et ne sont pas au-devant du tableau clinique. On ne les retrouve ni dans l'expertise du Dr I. _____, celle du Dr G. H. _____, ou de la Dresse C. _____. Les épisodes de conversion, présentation mixte, n'ont jamais été retrouvés. Chez cette assurée histrionique et infantile, il existe une suggestibilité marquée qui explique pourquoi cette hypothèse a peut-être été formulée. Dans les faits, ce sont surtout le tableau douloureux, polyalgique qui est mis en évidence. On peut donc retenir le diagnostic de trouble douloureux associé à des facteurs psychologiques et une affection médicale générale chronique, et ceci en accord avec tous les autres rapports médicaux contenus dans ce dossier. (...) Lorsque l'expert D. _____ estime que l'incapacité de travail est justifiée par la comorbidité somatoforme et thymique, cela relève du non-sens, voire d'une erreur d'appréciation. En effet, d'une part le trouble thymique, avec un Hamilton 21 items de 10, donne une valeur subclinique pour la symptomatologie dépressive, en tous les cas qui ne saurait être incapacitante. L'examen clinique confirme qu'il n'y a pas de "dépressivité" allant dans le sens d'un épisode dépressif majeur. Le diagnostic de dysthymie est le plus conforme à ce tableau clinique. Les plaintes somatiques sont superposables à tous les rapports des spécialistes concernés et il s'agit surtout de doléances en regard des masses musculaires. Ceci rentre dans le cadre d'un trouble douloureux associé à la fois à des facteurs psychologiques et une affection médicale générale. En ce qui concerne la capacité résiduelle de travail, il estime que, dès le 1er janvier 2014, sa capacité médico-théorique est au minimum de 70% dans toute activité simple et sans responsabilité, par exemple dans le domaine du nettoyage, ou autre. Dans son rapport médical du 5 juin 2014, le Dr J. _____ du Service médical régional BE-FR-SO (ci-après: SMR) compare les différents avis médicaux. Il fait les constatations suivantes:

Tribunal cantonal TC Page 9 de 11 "Sur le plan rhumatologique, dans son rapport du 11.06.2003, le Dr K. _____, rhumatologue, retenait uniquement le diagnostic de fibromyalgie. Dans son rapport d'expertise rhumatologique, l'experte retenait en 2004 des douleurs diffuses dans un contexte de fibromyalgie avec notamment des rachialgies chroniques. Tant le status clinique que les examens radiologiques ne montraient aucune atteinte organique expliquant les plaintes douloureuses. L'assurée présentait donc sans aucun doute possible une affection aujourd'hui définie sur le plan juridique comme un syndrome sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique au sens de la disposition finale du 18.03.2011. Sur le plan psychiatrique, le Dr I. _____, expert-psychiatre, conclut son rapport d'expertise du 29.04.2003 par absence de troubles

psychiques. Un an plus tard, le Dr D. _____ retient au terme de son expertise un trouble somatoforme douloureux, un trouble somatisation, un trouble de conversion mixte, un trouble de l'adaptation avec humeur dépressive de gravité mineure et un trouble de la personnalité non spécifié. Il précise dans la discussion que ses plaintes principales concernent le domaine algique. Selon cette expertise, c'est clairement le trouble somatoforme douloureux qui justifiait l'incapacité de travail attestée par l'expert. Ni le trouble de l'adaptation de gravité mineure, par définition limité à six mois, ni le trouble de la personnalité non spécifié ne pouvaient justifier une incapacité de travail durable. Quant à la somatisation et trouble de la conversion (= trouble dissociatif F44), ils sont actuellement assimilés au trouble somatoforme douloureux par la jurisprudence (cf. CIIAI 1017.4 1/13). L'incapacité de travail attestée pour des motifs psychiatriques relevait exclusivement d'atteintes entrant aujourd'hui dans le cadre des syndromes sans pathogénie ni étiologie claires et sans constat de déficit organique". Il en conclut que "la rente a clairement été octroyée exclusivement pour des diagnostics tombant sous le coup de la disposition finale du 18.03.2011". Dans un rapport médical du 12 mars 2015, le Dr G. _____, spécialiste en neurologie FMH, affirme avoir examiné la patiente le 29 janvier 2015. Il pose le diagnostic de sclérose en plaques. Il ressort des différents rapports médicaux que l'état de santé de la recourante ne s'est pas dégradé lors de la révision basée sur le premier volet de la 6ème révision de l'AI. L'OAI a rendu sa décision de suppression de rente le 19 janvier 2015. Or, ce n'est que postérieurement à cette décision de suppression de rente que le Dr G. _____ a posé un nouveau diagnostic de sclérose en plaques. Ce nouveau diagnostic, posé après la décision litigieuse, ainsi que ses incidences sur la capacité de travail de la recourante doit ainsi être examiné dans le cadre du dépôt d'une demande subséquente. c) Il faut également vérifier si le trouble somatoforme douloureux peut être qualifié d'invalidant. Le Dr F. _____ a rendu son expertise psychiatrique en mai 2014 sur la base des critères de Forster alors en vigueur pour infirmer le caractère insurmontable du trouble somatoforme douloureux. Il s'agit à présent de voir si cette expertise psychiatrique peut être suivie au regard de la nouvelle jurisprudence du Tribunal fédéral (ATF 141 V 281) relative à l'appréciation des effets des troubles somatoformes douloureux. En l'espèce, l'expertise psychiatrique du Dr F. _____ permet une appréciation de l'état de santé de la recourante à la lumière des exigences relatives du diagnostic et des indicateurs déterminants de la nouvelle jurisprudence. Cette expertise remplit manifestement les exigences jurisprudentielles relatives à la valeur probante des rapports médicaux. Elle se base sur une pleine connaissance du dossier et résume l'ensemble des rapports médicaux. Elle relate en outre les

Tribunal cantonal TC Page 10 de 11 plaintes exprimées par l'assurée ainsi que ses données personnelles et familiales. Elle contient également un examen psychiatrique minutieux. Enfin, la discussion et les conclusions sont bien motivées et les réponses aux questions sont claires et précises. L'expert a discuté de la gravité de l'atteinte (cf. p. 22 de l'expertise) et a expliqué de manière convaincante en quoi il se distançait à cet égard des autres avis médicaux, en particulier de celui du Dr D. _____, pour poser son diagnostic (cf. p. 23ss de l'expertise). Il a également discuté l'indicateur "Personnalité" et a relevé que l'assurée apparaissait comme une femme très démonstrative qui met en scène, sur un mode théâtral, un état de grande fatigue et qui a un comportement histrionique et autocentré. Les tests psychométriques effectués montrent une discordance inter auto-évaluations qui va dans le sens d'une amplification des symptômes. Il a donné des éléments sur la structure de la personnalité de l'assurée (personnalité infantile et histrionique, sub-décompensée) et sur le

contexte social (cf. p. 12 de l'expertise). Concernant l'indicateur "Cohérence", l'expert F. _____ relève que jusqu'en 2003, rien n'indique que l'assurée ait présenté des troubles psychiques incapacitants. Il indique se trouver face à une femme très régressée, infantile, histrionique, qui se présente comme "fatiguée et fatigable". Pour lui, l'examen clinique confirme qu'il n'y a pas de « dépressivité » allant dans le sens d'un épisode dépressif majeur et que le diagnostic de dysthymie est le plus conforme au tableau clinique, lequel ne peut être jugé en tant que telle comme incapacitant. De plus, depuis l'obtention d'une rente d'invalidité en 2003, la maladie a visiblement pris une valeur identitaire chez l'assurée dont elle retire de nombreux bénéfices secondaires: financiers, attention, sollicitude de son environnement. Ceci va être un obstacle non négligeable à toute reprise d'une activité professionnelle. En l'espèce, comme il n'y a pas de comorbidité psychiatrique majeure et que la dysthymie ne peut pas être jugée en tant que telle comme incapacitante, le Dr F. _____ considère, à juste titre, que l'assurée devrait être capable d'assumer une activité de vendeuse, de caissière ou toute autre activité adaptée à ses limitations objectives, à un pourcentage d'au minimum 70%. Il ressort ainsi de l'analyse des indicateurs que l'assurée dispose de ressources suffisantes pour surmonter ses problèmes de santé et il s'avère que le trouble douloureux associé à des facteurs psychologiques et une affection médicale générale chronique n'est pas invalidant. Si le Dr F. _____ fait certes finalement état d'une limitation maximale de 30% chez la recourante, ceci ne fait qu'aller dans le droit sens de ce qui avait à l'époque été constaté par la Dresse C. _____, sur la base de diagnostics qui, tout comme aujourd'hui, ne sauraient toutefois être assimilés à une atteinte invalidante. Ainsi, cette éventuelle baisse maximale de la capacité de travail ou, bien plus probablement de rendement, qui ne serait par ailleurs en principe pas susceptible d'ouvrir le droit à la rente, ne peut être prise en compte dans le contexte manifestement toujours très influencé par les douleurs et un certain nombre de facteurs extra- médicaux ne sachant engager la responsabilité de l'assurance-invalidité. Cela ayant été précisé et comme il a été dit, l'apparition ultérieure d'une sclérose en plaque et les possibles nouvelles limitations causées devront pour leur part être examinées dans le cadre d'une nouvelle demande de rente à déposer.

E. 6

Dans ces conditions, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision litigieuse confirmée. Les frais de justice, par CHF 800.-, sont mis à la charge de la recourante qui succombe. Ils sont toutefois compensés par l'avance de frais effectuée.

Tribunal cantonal TC Page 11 de 11 la Cour arrête: I. Le recours est rejeté. II. Les frais de procédure, par CHF 800.-, sont mis à la charge de la recourante. Ils sont compensés par l'avance de frais versée. III. 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 15 novembre 2016/mfa Président
Greffière-rapporteure

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